Giorgio Antonucci

EL PREJUICIO PSIQUIÁTRICO

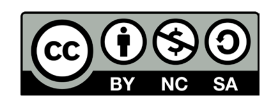
Giorgio Antonucci

EL PREJUICIO PSIQUIÁTRICO

Traducción de Massimo Paolini. Prólogos de Massimo Paolini y Thomas Szaz

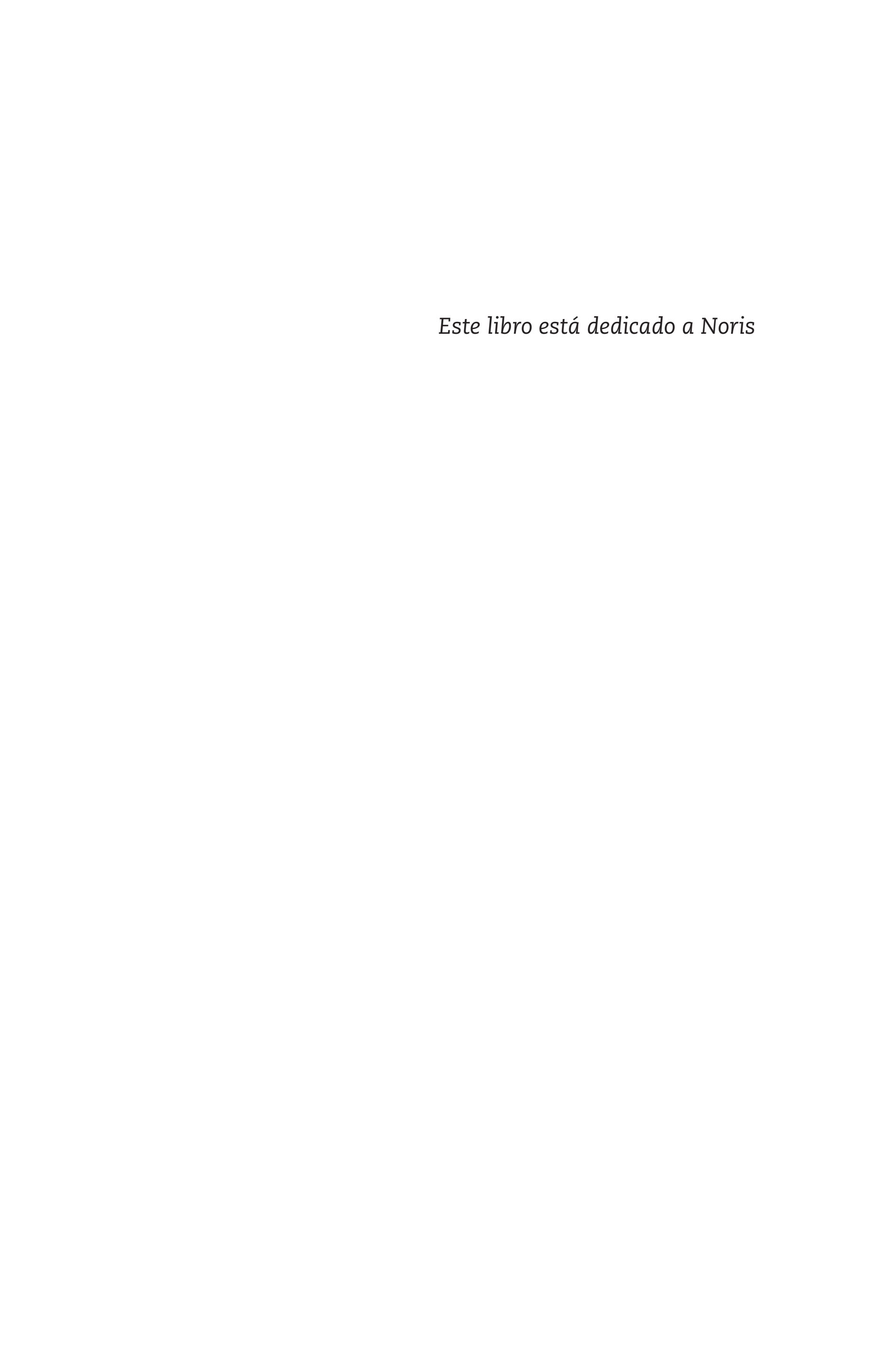


Título original: *Il pregiudizio psichiatrico (1989)*
Título de la presente edición: *El prejuicio psiquiátrico*
Autoría: Giorgio Antonucci
Traducción: Massimo Paolini
Licencia original: Elèuthera
Licencia de la presente edición: Creative Commons
Diseño de portada: Koldo Atxaga Arnedo
Primera edición: noviembre de 2018
Edición y maquetación: **Katakrak Liburuak**
Kale Nagusia 54-56
31001 Iruñea
argitaletxea@katakrak.net
www.katakrak.net
@katakrak54



ISBN: 978-84-16946-23-5
Depósito legal: NA 2742-2018
Impresión: Gráficas Alzate

ÍNDICE



Este libro está dedicado a Noris





NOTA EDITORIAL

Hace ya más de 20 años que Giorgio Antonucci dejó de trabajar en Imola, al norte de Italia. Llegó allí en 1973, y durante dos décadas largas orientó sus esfuerzos al desmantelamiento de los manicomios Osservanza y Luigi Lolli. Desde entonces, el encierro ha dejado de ser la herramienta universal para tratar a las personas «locas». Sin embargo, la celebración por este avance no puede ser sino ambivalente. Como Antonucci mismo decía, no son solo los muros del psiquiátrico lo que hay que derribar.

Hay muchas maneras de separar, controlar y dominar a quienes se sitúan en los márgenes, y los muros son solamente una de ellas. Una manera arcaica, ciertamente, pero que sigue mostrando vigor en algunos ámbitos. Se pueden hacer muchos paralelismos con otras instituciones de disciplinamiento y control, siguiendo la estela que abrió Foucault cuando comparaba cárceles, manicomios, hospitales, cuarteles y escuelas. Un simple vistazo nos muestra que el muro sigue siendo central en muchos ámbitos, y en todo

caso solo se ve desplazado cuando aparecen otras formas de control que cumplen su función. Es lo que se suelen llamar *muros líquidos*, que no necesitan hormigón para seguir marcando la separación entre la sociedad y sus otros. Se siguen levantando vallas en las fronteras, y muros en los Centros de Internamiento para Extranjeros (CIEs), pero esto se combina con las *fronteras interiores* que impiden el movimiento y limitan la capacidad de actuar, la agencia, de las personas migrantes, por ejemplo. No todo es ladrillo y cemento.

La sociedad, de algún modo, no ha encontrado otro modo de salvarse que condenando a una parte de sí, alejándola, extirpándola o encerrándola. No solo requiere de un enemigo exterior para defender y blanquear la barbarie propia; también requiere de ese enemigo interior que permita trazar una línea entre el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto, lo normal y lo anormal. Como si de un sacrificio ritual se tratara, deja caer algunas personas para salvar al resto.

Dejar caer significa, en el caso de la psiquiatría, marcar la línea de lo loco y lo cuerdo. Y la determinación del lugar de esta línea tiene muchísimas consecuencias, ya que no solo habla del sujeto observado, sino de la sociedad en su conjunto. De algún modo, definir dónde termina la cordura es un acto por el que la sociedad se mira al espejo y construye su propia identidad. Aislar al loco, anularle, es un acto que descarga de responsabilidad al cuerpo social. Y todo ese peso, esa carga, esa culpa incluso, termina sobre los hombros de una parte, que suele ser la más débil. La terrible carga de muchos problemas sociales, colectivos, adquiere así un barniz

de problema individual, psicológico, de enfermedad mental.

Antonucci demostró, no solo desde la reflexión teórica sino sobre todo desde la práctica, que la psiquiatría ha sido un siervo fiel de esa sociedad que aísla y anula. Además, como muestra el propio título de este libro, la psiquiatría construye su objetividad sobre un terreno plagado de prejuicios. La publicación, en el presente volumen, de los historiales clínicos previos de varios pacientes que Antonucci acompañó resulta muy elocuente al respecto, no hace falta mucho más para entender de qué nos habla el autor cuando tilda la disciplina de pseudociencia.

Por otro lado, demostró que hay otras formas de tratar con las personas catalogadas como «locas», que hay otras maneras de tratar la «anormalidad» respetando la consideración del otro como ser humano. Su trabajo de décadas mostró que, sin caer en ningún igualitarismo *naif*, hay vías que no equiparan diversidad con desigualdad. La estigmatización del loco que acompaña a los diagnósticos psiquiátricos sigue siendo algo de rabiosa actualidad. En los márgenes de nuestro mundo hay personas que requieren, sobre todo, ayuda, y que merecen en todo caso ser respetadas como cualquier otro ser humano. El testimonio de Giorgio Antonucci sigue vivo para recordárnoslo.

El presente libro fue publicado originalmente en 1989, y es uno de los mejores exponentes de lo que se ha venido a llamar pensamiento no-psiquiátrico; una corriente que va más allá de la crítica al manicomio poniendo también en cuestión otras técnicas utilizadas por la psiquiatría como los *electroshocks*, los comas inducidos y la utilización de medicamentos con graves perjuicios para el cerebro. Muchas de estas técnicas se

siguen utilizando hoy en día. Además, la estigmatización social del loco, del enfermo mental, es algo que nunca nos ha abandonado. Todo ello convierte a este texto en algo más que un clásico de la crítica a la psiquiatría. Lo convierte en una herramienta actual para repensarnos como colectividad.

Pamplona-Iruñea
Noviembre de 2018

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN CASTELLANO

Existe una manera muy simple y eficaz para cambiar el significado de una imagen: consiste en separar una parte de la composición del contexto. De este modo, el fragmento aislado pierde su significado originario. Recortando la imagen, extrayendo una porción, rompiendo la unidad, queda un fragmento mudo, incapaz de comunicar su historia. El contexto llena de significación el fragmento, justificando su existencia en relación con el conjunto, permitiendo la comprensión.

Al desaparecer el contexto, la acción representada se vuelve un gesto susceptible de ser deformado según la voluntad del observador. El acto en cuestión puede convertirse en lo que queramos ver, al antojo de cada uno.

Por ejemplo, la foto de un hombre o una mujer lanzándose por una ventana será la imagen de una persona *con problemas psiquiátricos* que, de repente, cumple un gesto *incomprensible, in-sensato*, si encuadramos exclusivamente a la persona asomándose a la ventana, o

de ella cayendo. Sin embargo, si ampliáramos el campo visual para alcanzar una visión de conjunto, incluyendo los elementos que rodean a la persona, podríamos ver, por ejemplo, una fila de furgonetas de la policía con equipamiento militar, a punto de desahuciar a la persona en cuestión, que ya no puede pagar el alquiler debido a que el edificio ha sido comprado por un fondo de inversión, que seguramente no paga impuestos, o bien por un banco rescatado con dinero público: conocer el contexto, por lo tanto, devuelve sentido al acto. Le devuelve la palabra, la capacidad de comunicar, le restituye lo que no se le había permitido expresar, mutilándolo.

El motivo real que explica el acto, en el hipotético caso en cuestión, es la situación de desprotección en lo que concierne a los elementos básicos necesarios para la vida, por ejemplo un hogar, que muchas personas experimentan en nuestra época, así como el problema concreto de la creciente iniquidad en la distribución de los recursos: dos fundamentos de la economía neoliberal. El conocimiento de los hechos concretos, las partes faltantes de la imagen, hace que los supuestos *problemas psiquiátricos* se derritan como nieve al sol.

La psiquiatría es el acto de eliminar el contexto, el recorte manipulador que silencia el poder desestabilizador de la fotografía. La psiquiatría no escucha, no quiere escuchar, no quiere conocer. Considera el fragmento, en general un comportamiento en apariencia *injustificado* o una idea en abierto contraste con las convenciones sociales o el moralismo, y lo silencia, sin interés por el complejo entretejido de relaciones, emociones, silencios, sentimientos, vicisitudes, caídas, desvíos, disenso, rebelión, desorientación, a veces muy complejo y difícil de entender, que la fotografía propor-

ciona a un atento observador. De esta manera impide la comprensión de la historia y elimina a la persona.

Surgen varias preguntas: ¿qué imágenes, qué fotografías se fragmentan y recortan? ¿Qué personas, qué historias son silenciadas? ¿Quién es el autor de la manipulación de la imagen? ¿Quién impide a las personas contar su historia?

Volviendo a la imagen de la persona que se lanza por la ventana, el recorte que elimina la agresión policial dejando sin una causa aparente la búsqueda de la muerte, para luego dirigir el discurso hacia los *problemas psiquiátricos* de una persona *enferma*, será obra de, por ejemplo, un periódico propriedad del mismo banco o fondo de inversión que desahucia a la persona. Es decir, la psiquiatría está al servicio del poder. Desde luego, es mucho más fácil eliminar rápidamente a las personas que denuncian problemas importantes de nuestra manera de vivir juntos que afrontarlos y solucionarlos, tal vez cambiando radicalmente la organización de nuestra sociedad, como por ejemplo garantizar a todas las personas, sin exclusión, un hogar y una distribución equitativa de los recursos del planeta.

Un claro ejemplo que ilustra la finalidad de la psiquiatría es la historia de Carlo Sabattini, descrita en el libro, el ecologista candidato en el partido de los Verdes italianos quien denunciaba graves crímenes ambientales con pruebas documentadas y difícilmente contestables. Sabattini levantaba cuestiones que habrían podido desestabilizar el entramado político-económico de Módena. Alguien con más poder, es decir el sector industrial responsable de los daños al ambiente con la connivencia del poder político —hoy en día un simple ejecutor del poder económico—, quería eliminar a Sabattini rápidamente. Entonces entra

en juego la psiquiatría, que recorta la imagen eliminando el contexto, o sea, silencia la situación de los graves crímenes ecológicos denunciada por Sabattini, internándolo en un manicomio con el diagnóstico de *altruismo morboso*, como si el hecho de ocuparse de algo que no sea el simple beneficio personal que nos enseña continuamente nuestra sociedad fuese una *enfermedad*. Se define *enfermo* al que se quiere eliminar por vía extrajudicial. Giorgio Antonucci, perito de la defensa de Sabattini, consiguió liberarlo del manicomio y, posteriormente, rehabilitarlo del diagnóstico psiquiátrico para que pudiese volver a formar parte de la vida social.

Este es solo uno de los muchos ejemplos documentados en el libro que enseñan la verdad de la psiquiatría. Pero la mayoría de las personas internadas son pobres y están solas y marginadas. Ante esta soledad y desorientación, Giorgio Antonucci ha siempre actuado afrontando los problemas concretos de las personas en su contexto social, cultural y afectivo. En la entrevista publicada al final del libro, Antonucci habla de cómo entró en contacto con la psiquiatría, antes incluso de trabajar como médico internista y especializarse en psicoanálisis con Roberto Assagioli: cuando, aún estudiante, trabajaba en un centro que ayudaba a exprostitutas a reintegrarse en la sociedad y fue testigo de una discusión entre una chica exprostituta y una mujer del personal. Al acalorarse la discusión, llegó una ambulancia y llevó a la chica exprostituta al manicomio. Fue en ese momento cuando Antonucci entendió la esencia de la psiquiatría: la persona con más poder puede internar a la más frágil.

Los resultados del trabajo de Antonucci son evidentes comparando las pruebas documentales —los historiales clínicos de las personas internadas en el

manicomio de Imola, donde Antonucci trabajó en el desmantelamiento de cuatro pabellones, escritos por los psiquiatras antes de la llegada de Antonucci (quien siempre se ha negado a escribir historiales médicos, rechazando el diagnóstico)— con los resultados conseguidos con los mismos pacientes. Las personas liberadas son la prueba incontestable de la eficacia del trabajo de Antonucci, quien ha demostrado que *se puede actuar de otra manera*, como siempre decía. Su trabajo marca un *antes* y un *después*.

Espejos, imágenes.

El manicomio es un lugar sin espejos. Al eliminar todos los espejos, la persona es privada de su imagen. Así, incluso la imagen de la propia persona es mutilada, al no poderse mirar en su totalidad, sino que a través de la visión de los *fragmentos* del propio cuerpo que el ojo puede ver cuando no se dispone de un espejo. Teresa, una de las mujeres que pasó más de veinte años internada en el manicomio de Imola, la mayor parte del tiempo atada a una cama, antes de que Antonucci la liberara, pudo darse cuenta de su envejecimiento a través de un único elemento: sus manos. La visión del envejecimiento de sus manos era su única medida del tiempo.

Apertura de un nuevo camino.

Valerio fue el último de los liberados del manicomio de Imola. De sus 31 años de vida, en el momento de la liberación había pasado 23 atado a una cama. En los historiales médicos los psiquiatras escriben: «*Se trata de un cerebropático con grave carencia intelectual y evidente retraso del desarrollo*», «*incapaz de establecer el mínimo contacto*».

Tras ser liberado, en pocos días Valerio empieza a recuperarse, a volver a vivir. Como escribe Antonucci, «es evidente que, desde el momento en que es tratado como un ser humano, Valerio manifiesta su «humanidad»: tiene reacciones de placer, de hambre, de molestia. Da muestras de interés por el agua, los animales, la música. Busca el contacto con las personas. De esta forma se le ha abierto un camino hacia una recuperación considerada imposible». Antonucci prescribió a Valerio la realización de dos electroencefalogramas, un examen que nunca se le había efectuado a pesar del diagnóstico de grave «cerebropatía». El resultado fue que «ni este ni el segundo examen indican alguna particular lesión o anomalía».

Recomponer la imagen.

Al llegar a Imola, cuando se convirtió en el responsable de cuatro pabellones del hospital psiquiátrico Osservanza, Giorgio Antonucci conoció los efectos de los *tratamientos psiquiátricos*. Empezó su trabajo liberando a las *mujeres agitadas esquizofrénicas* peligrosas irrecuperables del pabellón 14. Allí encontró 44 fotografías destrozadas, correspondientes a las vidas de las 44 mujeres que llevaban años, en muchos casos décadas, allí internadas. Personas aniquiladas por años de *electroshocks*, psicofármacos, contención física, violencias psicológicas: espejos hechos añicos.

Giorgio Antonucci recogió en soledad los fragmentos, con paciencia y perseverancia, intentando volver a componer la imagen de la persona para devolverle su integridad, demostrando que eran seres humanos como los demás cuyas vidas destrozadas eran fruto de la intervención psiquiátrica. Y consiguió

demostrarlo, con el método empírico que fundamenta la ciencia.

«Para mí hablar contigo o con un paciente de una clínica psiquiátrica es lo mismo», me dijo cuando lo entrevisté en su casa en Florencia. Y era verdad. Giorgio Antonucci hizo desaparecer la cesura que separa médico y paciente y, aún más, psiquiatra y paciente, sustituyéndola por una verdadera comunicación.

Fue precisamente la eliminación de esa cesura lo que hizo que Antonucci luchara prácticamente solo en su trabajo de liberación y rechazo a las clases sociales o las categorías profesionales, en abierto contraste con la defensa de los privilegios de la profesión de sus colegas, que se oponían a su trabajo, o simplemente lo ignoraban, como hizo y sigue haciendo todo el ámbito académico italiano.

Complementaria a la actividad de *recomposición de la imagen* fue su trabajo de oposición a su mutilación, es decir a cualquier internamiento forzoso. Giorgio Antonucci, desde que empezó a trabajar como médico internista, nunca autorizó una hospitalización involuntaria, fundamento de la psiquiatría. Al neutralizarse esta arma, la psiquiatría se vuelve impotente.

Al llegar a la casa de Antonucci, cuando lo conocí en persona, tardé bastante tiempo en encontrar la puerta del piso. Toqué el timbre de un vecino para pedirle información. Cuando me dijo que la puerta del doctor Antonucci era la de enfrente, a mi espalda, me di la vuelta: la puerta estaba tímidamente entreabierta. Antonucci estaba detrás, aparentemente divertido por la escena, esperándome con una sonrisa profundamente humana que borraba la imagen tradicional del médico, distante, autoritario, inmerso en una categoría

profesional que marca una separación. Allí estaba un ser humano que se comunica con otro ser humano.

La época de la profesionalización había terminado aquella tarde. La profesión había desaparecido, sustituida por la relación entre dos personas. La imagen se había recompuesto.

NOTA A LA PRESENTE EDICIÓN

El prejuicio psiquiátrico es el primer libro de Giorgio Antonucci traducido al castellano. El libro representa uno de los elementos de un proyecto editorial, *Espacio e ideas*, que estudia la naturaleza de los espacios metropolitanos, es decir la relación entre los lugares de nuestra época y las ideas que los fundamentan. El manicomio es el primero de los lugares estudiados.[1]

La publicación del libro coincide con el 40º aniversario de la Ley 180, de la que se habla en varias ocasiones a lo largo del libro. Como es sabido, la ley estableció el cierre de los manicomios en Italia. En realidad, el manicomio, más que desaparecer, se ha diluido en la ciudad, adquiriendo varias formas sin cambiar su sustancia. A cuarenta años de la ley, el manicomio se ha vuelto líquido. Como dice Antonucci en el libro y en varias entrevistas recientes, hasta que no se cuestionen los fundamentos de la psiquiatría la realidad manicomial se reproducirá bajo distintas formas.

Massimo Paolini
Barcelona, 15 de octubre de 2018

1 Para más información sobre el proyecto *Espacio e ideas*, véase www.perspectivasanomalas.org/espacio-e-ideas

AGRADECIMIENTOS

Conocí a Piero Colacicchi al inicio de mi trabajo, en Florencia, cuando empecé a evitar los internamientos psiquiátricos, porque una amiga de su familia, que me presentó Roberto Assagioli, fundador de la psicosíntesis, tras haberme encontrado ya no fue hospitalizada. Colacicchi siempre ha estado a mi lado, involucrando en mi actividad a personas de distinta cultura, de Carlo Levi a Thomas Szasz, con quien quedaba frecuentemente, también en EEUU. Noris Orlandi Luzzi, mi mujer, me ha ayudado activamente en todas las decisiones más difíciles —incluyendo la decisión de aceptar el trabajo en Gorizia, por primera vez en un instituto psiquiátrico— y me ha aconsejado durante la redacción del texto. Alessio Coppola ha colaborado con inteligencia y pasión en la escritura de algunos capítulos. Debo a Isa Ciani y Giuliano Campioni, filósofos, la profundización en algunas cuestiones de carácter teórico. Paola Cecchi, quien fue la primera en invitarme a poner por escrito mis experiencias, ha elegido y transcrito los historiales médicos. Giulia Zani, trabajando

en su tesis de psicología, ha recogido y reconstruido la historia de Valerio. Un agradecimiento particular a Edoarda Masi, quien discutió y revisó el manuscrito.

PRÓLOGO

Giorgio Antonucci no habla inglés y yo no hablo italiano. A pesar de eso, cuando nos conocimos era como si habláramos el mismo idioma. De hecho, hablábamos en un lenguaje más profundo, en cualquier caso distinto del que comúnmente se considera con la palabra «lenguaje». El nuestro no era puramente el lenguaje de la recíproca comprensión. Era el lenguaje del respeto hacia un grupo de personas que hoy, en todo el mundo, son tratadas de cualquier manera menos con respeto. Me refiero, desde luego, a las personas llamadas o clasificadas como pacientes psiquiátricos, que pueden ser brutalmente torturadas o absurdamente mimadas, privadas de los derechos humanos y de las necesidades más básicas o bien recibir gratuitamente más bienes, servicios y excusas de los concedidos a las personas ordinarias. Sin embargo, a pesar de cualquier cosa que los pacientes psiquiátricos puedan conseguir, hay algo que nunca tendrán: el respeto de ser considerados simplemente seres humanos. Nada más, nada menos.

Giorgio Antonucci y yo llevamos mucho tiempo conociendo recíprocamente nuestro trabajo. Sin embargo no nos hemos conocido personalmente hasta que Antonucci me invitó a almorzar en su casa de Florencia, mientras estaba visitando Italia en verano de 1985. Un querido amigo común, Piero Colacicchi, artista y docente en el programa de la Universidad de Syracuse en Florencia, estuvo con nosotros y nos ayudó a comunicar. En realidad, era más un catalizador que un traductor, por lo menos cuando nuestra conversación trataba de los llamados problemas psiquiátricos. Sobre este tema estábamos de acuerdo de una manera tan armoniosa que ya no era necesaria la traducción. Nosotros creemos, a diferencia de la mayoría de nuestros colegas —y de muchos profanos— que los llamados pacientes psiquiátricos son, como nosotros, personas en todos los aspectos. Pueden, como cualquiera de nosotros, ser juzgados excéntricos, preocupados, molestos, honestos o deshonestos. Y de muchas otras maneras que forman parte de la condición humana. No existe ninguna misteriosa «enfermedad mental» que convierta misteriosamente al llamado paciente en algo menos que un hombre, necesitado de la intervención supuestamente humana del psiquiatra para devolverle la humanidad. Al contrario, «eso» es algo contra lo que debe luchar con fuerza el llamado paciente (y con él otras personas de su ambiente social). Su éxito en la lucha dependerá en parte de él y en parte de nosotros, de cómo lo animamos o lo desanimamos, le permitimos o impedimos actuar.

La psiquiatría italiana se ha visto enriquecida de una manera inconmensurable por Giorgio Antonucci. Se lo puede considerar un buen psiquiatra (cualquiera que sea el significado del término): es cierto. O bien se

lo puede considerar un buen antipsiquiatra (cualquiera que sea el significado del término): también es cierto. Yo prefiero considerarlo una persona honrada que antepone el respeto al llamado enfermo mental al respeto a la profesión. Por eso le envío un saludo.

Thomas Szasz
Syracuse (Nueva York), Octubre de 1989

INTRODUCCIÓN

Este libro habla de un tema que no interesa a nadie. No porque el tema no sea interesante, sino porque todos preferimos ignorarlo. No hay nada más ajeno a nosotros que la llamada «enfermedad mental». Y cuando se nos acerca, cuando un familiar o un amigo se encuentra en un momento de dificultad existencial, sentimos desconcierto, piedad y a veces temor, pero sabemos cómo guardar las distancias. A través de la psiquiatría, de la que todos podemos llegar a ser víctimas. Para que podamos vivir sin remordimientos en la senda de la normalidad. La segregación psiquiátrica se encuentra al otro lado de un muro tan alto como nuestra indiferencia.

En 1963 la editorial Bompiani me encargó la revisión de la traducción de un libro titulado *Alguien voló sobre el nido del cuco*. Tras leerlo me quedé destrozado. Sin embargo, lo olvidé enseguida, como una pesadilla. Por cierto, el libro no salió, pasó por varias editoriales y fue publicado una quincena de años más tarde por Rizzoli aprovechando el éxito de la homónima pelícu-

la, muy valiente, la única que Antonucci suscribiría por completo.

La tesis central de este libro es que la enfermedad mental no es una enfermedad y que la psiquiatría no es una ciencia. «Considero —escribe Antonucci— que de poco sirve atacar la institución del manicomio si no se lanza un ataque radical al juicio psiquiátrico que constituye su fundamento, poniendo en evidencia su carencia de bases científicas. Hasta que no se elimine el juicio psiquiátrico, la realidad de la segregación seguirá desarrollándose dentro y fuera del manicomio».

Es una afirmación dura, perentoria o incluso increíble.

Y no se trata de una teoría, sino del fruto de la experiencia de Antonucci, llevada a cabo a lo largo de veinte años en contacto directo con hombres y mujeres de una manera u otra segregados en el universo manicomial.

Ha trabajado en Gorizia con Basaglia y Pirella, en Reggio Emilia con Jervis y —desde 1973— en Imola donde, uno a uno, ha «liberado» a todos los pacientes, eliminando la violencia física, las camisas de fuerza, las celdas cerradas con mirilla, las camas de contención, el *electroshock*. Eliminó la segregación y la «normalización represiva». Los resultados están ante los ojos de quien quiera ver. Antonucci fundamenta la negación de la psiquiatría en 250 certezas, tantas cuantos son sus actuales pacientes de Imola «liberados».

Pero hay también una «prueba documental», con un valor objetivo, que desenmascara a la psiquiatría como ciencia: se trata de los historiales médicos de personas que en la actualidad viven en los pabellones «abiertos» de Antonucci, ejemplos concretos de diagnóstico y tratamiento de la llamada enfermedad

mental, crímenes autorizados cometidos contra personas indefensas. El ejecutor es el psiquiatra. Nosotros, los llamados normales, somos los instigadores. La lectura de estas páginas, que representan, en mi opinión, el punto culminante del libro, es tan desgarradora que resulta intolerable. Aquí no se habla de enfermedades del cerebro que caen dentro del ámbito de competencias de la neurología. La curación de estas enfermedades, que tienen una explicación fisiológica, empieza precisamente cuando, superado el prejuicio de la enfermedad mental, termina la psiquiatría. Aquí, en estos historiales médicos, los diagnósticos son falsos o precipitados, los tratamientos injustificados y crueles y esconden historias de pobre gente, historias de marginación y explotación social y cultural, de dramas familiares y afectivos. No es casualidad que al inicio de la mayoría de los historiales médicos leamos: condición social pobre; cultura analfabeta; profesión jornalero… desempleado… ama de casa. Los marginados en el manicomio son víctimas proletarias de la discriminación y la violencia de la sociedad, son «presos inocentes» a la espera de ser liberados.

El torrente de palabras e imágenes que han acompañado la celebración del décimo aniversario de la Ley 180 se convierten —ante estos historiales médicos— en charlas de salón, corporativismo, hipocresía intelectual. Nadie —excepción hecha de Antonucci (y de su colega americano Szasz)— ha vislumbrado la necesidad de pasar de la «institución negada» a la negación de la psiquiatría. La Ley 180 de 1978 preveía, por lo menos formalmente, la superación del manicomio; sin embargo, diez años después, todavía existen 60 manicomios en pleno funcionamiento con más de 40 mil internados, mientras la cultura y las costum-

bres permanecen favorables a la segregación. Así que el poder psiquiátrico sigue inalterado en lo que queda de los manicomios, en las clínicas, en el territorio, en los Centros de Salud Mental y en los hospitales civiles. Para Antonucci, la única alternativa a la psiquiatría es la eliminación de la psiquiatría. Solo esta convicción, extendida en el tejido social, puede inspirar reformas reales. Las formas de segregación, en particular los manicomios, son a la psiquiatría lo que la concha es al animal. Si eliminas al animal, la concha se seca y muere. Por paradójico que pueda parecer, si no existiera la psiquiatría no existiría la llamada enfermedad mental.

Para aquellos que aún dudaban sobre la necesidad y la legitimidad de la cura psiquiátrica, una persona consiguió incluso ridiculizar la capacidad diagnóstica de la psiquiatría.

El experimento Rosehnan, que Antonucci menciona, es una auténtica mofa. El científico americano, para demostrar la imposibilidad de distinguir la salud de la enfermedad mental, condujo una «investigación de campo», introduciendo a algunos pseudopacientes en doce hospitales de distinto tipo: a pesar de su comportamiento perfectamente normal, ellos fueron etiquetados como esquizofrénicos, un apelativo vacío y carente de significado que, sin embargo, autoriza a un sometimiento forzado a programas metódicos de destrucción psicológica.

«Yo, cuando estoy de guardia —escribía Antonucci en 1983— invalido todos los tratamientos sanitarios obligatorios. Eso para mí tiene un valor fundamental: de esta manera salgo de cualquier tipo de psiquiatría, ya que la base de la psiquiatría (tanto vieja como nueva) se halla en el control de la voluntad de los demás, en la intervención violenta en la vida de otras personas. Por

eso me atacan los psiquiatras, los administradores, los partidos, los jueces; fuerzas que ni siquiera sospechan que el paciente debería poder decidir por sí mismo. Me muevo en la perspectiva de una sociedad libre en la que estén resueltas las necesidades básicas, tales como tener una casa o un trabajo, una sociedad en la que cada persona tenga derecho a un ambiente que no rechace, sino que ofrezca colaboración con la propia voluntad, participación con la propia individualidad originaria, con la propia historia. Quiero subrayar una cosa: me opongo a una visión liberal que sanciona la victoria del más fuerte socialmente. Eliminando la psiquiatría se intenta defender los más débiles. El liberalismo es para quien tiene más poder (económico, cultural, etc.). Se trata de luchar con quien no tiene poder, en defensa de aquellos que, no solo a través de la psiquiatría, son sometidos o aniquilados».

La verdad de Antonucci y todo su pensamiento se basan en la observación de la realidad. Sin engañar. No es un visionario o un ingenuo: sabe que lo que está realmente en juego, para superar la opresión psiquiátrica, es una sociedad que tenga como fundamento la renuncia a unificar los pensamientos y los comportamientos de las personas para reducirlos a modelos preestablecidos, la renuncia a regular la vida social trazando no solo los límites (legítimos y necesarios) entre lo permitido y lo prohibido, sino también los límites entre normal y patológico, cuerdo y loco.

Antonucci se sitúa junto a los eslabones débiles y quebrados de la cadena social, del lado de quien en la vida cotidiana, en el trabajo, en los afectos, en las aspiraciones, al no adaptarse a estos modelos, se convierte en un «caso clínico» y acaba condenado por el prejuicio psiquiátrico, termina sometido o aniquilado. A menos

que encuentre un Antonucci que cumpla el «milagro» de la liberación.

Fui a Imola a verlo un día en que el manicomio estaba abierto a la ciudadanía con ocasión de una «fiesta de protesta» contra la interdicción en masa de los pacientes iniciada por la magistratura. Se habla de ello extensamente en el libro. Ese día había una pancarta enorme en la entrada que decía: «Libertad para todos». Lástima que la pancarta estuviera atada a los barrotes de los pabellones aún cerrados. En Imola los pabellones abiertos de Antonucci son como jardines en un campo de concentración, son la piedra de escándalo.[2]

Apacible y granítico, dulce e intransigente, Antonucci hasta ahora ha luchado solo. Solo en el trabajo, donde los resultados de su acción son ignorados o explotados con fines políticos. Solo frente al poder de jueces, policías, funcionarios sanitarios y políticos, de los que debe defenderse y que en veinte años de trabajo le han causado sin duda más problemas que sus pacientes. Solo frente a una cultura que autoriza la psiquiatría como un universo separado donde es legítima la violencia del hombre sobre el hombre.

Las injusticias más graves son aquellas que son encubiertas por la hipocresía o enjauladas en la legalidad. «Hay una manera de matar —escribe Antonucci— más precisa y terrible que el asesinato de los individuos y la masacre de los pueblos; es el no reconocer —a nivel tanto del individuo como de la

2 Con la llegada, en los últimos tiempos, del nuevo coordinador del Servicio de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica (SIMPA, según las iniciales en italiano), el doctor Ernesto Venturini, y con la llegada de los jóvenes médicos, también el resto de pabellones están en vías de apertura.

multitud— a los demás como hombres». A pesar de ser profundamente laico, Antonucci es un hombre de fe, como todos los precursores. Es una voz que grita en el desierto. El desierto somos nosotros.

Giuseppe Gozzini

¿Deberé pues permitir
que la costumbre y la cerrazón
de las gentes me despojen de lo mío?

Shakespeare, *El Rey Lear*, Acto I, Escena II

1

LA PSIQUIATRÍA NO ES UNA CIENCIA

«El cerebro humano, una masa que pesa menos de 1600 gramos —escribe el neurólogo americano Richard Restak— en su estado natural no se parece a nada más que una nuez blanda y rugosa. Sin embargo, a pesar de su aspecto modesto, que no presenta ningún elemento extraordinario, puede contener más información que todas las bibliotecas del mundo. A nuestro cerebro le debemos nuestros impulsos primitivos, nuestros más nobles ideales, la manera en la que pensamos e incluso la razón por la que a veces, en lugar de pensar, actuamos». Sigue Restak: «*Nosotros somos nuestro cerebro* o, usando las palabras del investigador Eric Harth, el poder de determinar nuestro propio comportamiento no es el poder de una entidad (la mente) sobre otra (el cuerpo), sino la influencia que el cerebro ejerce sobre sí mismo».[1]

Es tarea de este libro, refiriéndose a la estructura y las funciones de este órgano, rechazar los estrechos límites culturales de aquellos que atribu-

1 Restak, Richard, *Il cervello*, Milán, Mondadori, 1986.

yen a disfunciones del cerebro todas las decisiones y todos los comportamientos que no se ajusten a los prejuicios sociales. No quiero volver a los discursos político-sociales que en los últimos veinte años han alimentado la cuestión psiquiátrica. Sin entrar en detalles, en Italia ha habido tres posiciones respecto a la psiquiatría, que corresponden a tres fases históricas.

La primera, la más conocida tanto en Italia como en el extranjero, es la posición antiinstitucional defendida por Franco Basaglia en Gorizia, con quien trabajé durante unos meses, cuyo objetivo era la transformación y apertura de los hospitales psiquiátricos con la finalidad de eliminarlos y que dio vida a la Ley 180, de 13 de mayo de 1978.

La segunda posición, que podemos llamar antipsiquiátrica —de alguna manera relacionada con la antipsiquiatría inglesa (Laing, Cooper)— es un intento de interpretar las concepciones psiquiátricas de una forma distinta limitando la función represiva del psiquiatra, sin negar sin embargo su papel profesional.

La tercera posición, la que yo defiendo, está representada por el pensamiento no-psiquiátrico, que considera la psiquiatría como una ideología que carece de contenido científico, un no-conocimiento, cuyo objetivo es la aniquilación de las personas, en vez del intento por entender las dificultades de la vida tanto individual como social para luego defender a las personas, cambiar la sociedad y dar vida a una cultura realmente nueva.

Aquellas personas que son víctimas de la violencia social, y en particular de la violencia psiquiátrica, deben volver a ser personas libres de elegir su propia vida.

Estoy de acuerdo en que, como muchas personas me dicen, esto es una utopía, si con esta palabra nos referimos no a lo que es irrealizable, sino a lo que todavía no ha sido realizado. Otros me preguntan: ¿Qué opinas de la Ley 180? ¿Cómo se debería cambiar? ¿Cuáles son las alternativas al manicomio? ¿Los Centros de Salud Mental, las comunidades terapéuticas o la asistencia domiciliar son una solución? ¿Qué hacer cuando un familiar o un amigo «está fuera de sí»?

Se trata de preguntas a las que no sé dar una respuesta en el actual sistema psiquiátrico, que me asigna el papel de carcelero. No es una manera para eludir los problemas del «aquí y ahora» (de hecho desde el 1968 ejerzo la profesión de no-carcelero). Mi convicción, comprobada por los hechos, es que —tanto para los cambios de estructura como para los casos de sufrimiento personal— es necesario demoler la lógica psiquiátrica. Uno siente cansancio al leer, desde hace veinte años, las mismas afirmaciones huecas sobre la búsqueda de nuevas técnicas y nuevas terapias psiquiátricas mientras que, tras las buenas intenciones, se vuelve inevitablemente al control social y a la represión normalizadora.

Este libro quiere ser una introducción a la no-psiquiatría, una aportación a la difusión de la cultura y la práctica no-psiquiátrica. He pensado que la elección de un lenguaje comprensible puede servir para profanar el templo de las palabras difíciles, típicas de los profesionales de disciplinas especializadas o de pensamientos esotéricos. Sobre todo en psiquiatría, el lenguaje exclusivo que esta ha producido es un ejemplo de cómo se puede modificar la realidad usando una palabra en lugar de otra. Las palabras complicadas e incomprensibles de los psiquiatras, así como las de los

magistrados y aún más las de los políticos y los médicos en general, tienen la función de no dejar entrar fácilmente a los demás en su mundo, ya que una parte importante del poder pasa por el acceso a las palabras y a su significado.

Sin embargo, las razones de esta profanación son aún más fuertes. Se puede comparar el poder de la palabra de un psiquiatra solo con el de un juez. Incluso superior, diría, porque el juez es solo uno de los actores en un proceso plural. El juicio de un psiquiatra, en cambio, puede condenar a un hombre directamente a la segregación sin la necesidad de un juicio.

Mi pensamiento y mi trabajo, críticos respecto a la psiquiatría, no se basan en ideas teóricas, elaboradas en un despacho, sino que son el resultado de años de experiencia directa con hombres y mujeres de una manera u otra involucrados en tratamientos psiquiátricos (de quienes a menudo oiremos la voz a lo largo del libro). La referencia a episodios de mi experiencia no responde a exigencias autobiográficas, sino al objetivo de llevar al lector a entrar en contacto directo con los acontecimientos.

2

EN CIVIDALE Y GORIZIA

Policía y carabineros al asalto

En enero de 1968 fui a Castelvetrano, en la Sicilia occidental, con un grupo del servicio civil, del que formaban parte Alberto L'Abate, especialista en sociología y animador de grupos no violentos, y el sacerdote florentino don Mazzi, cura párroco en el barrio florentino de Isolotto. Nuestra tarea era ayudar a las poblaciones afectadas por el terremoto.[2] Allí tuve que organizar servicios médicos de emergencia, en un ambiente que ya era difícil antes del desastre. Debimos hacer frente a la mafia, que quería impedir que trabajáramos para las personas más necesitadas, exigiendo que nos ocupáramos de los ricos refugiados en las mansiones de la costa, en la zona de Mazara del Vallo. Fue entonces cuando empecé a reflexionar sobre la relación entre las funciones de la psiquiatría y una sociedad dividida en clases.

---

2 Referencia al terremoto que sacudió el valle del río Belice, en Sicilia occidental, en enero de 1968 [N. del T.].

Durante ese período de trabajo con las personas afectadas por el terremoto, Edelweiss Cotti[3] me invitó a trabajar con él en Cividale del Friuli, en un nuevo pabellón del hospital civil de la ciudad, creado como alternativa a los internamientos en manicomio, de acuerdo con Franco Basaglia, quien trabajaba en Gorizia.

Cotti, quien en aquel período seguía las teorías de Thomas Szasz, conocía mis ideas y mi manera de trabajar. Desde Gorizia llegaron el doctor Leopoldo Tesi y tres jóvenes asistentes sanitarias, todos del grupo de Basaglia. La dedicación y el entusiasmo con los que trabajamos nos proporcionaron la momentánea ilusión de vislumbrar el fin de la psiquiatría. Sin embargo, la diferencia cada vez más grande entre nuestros criterios y los prejuicios del entorno produjeron en breve la actuación del gobierno y el cierre del pabellón.

Así lo relata Roberto Vigevani en la revista «Il Ponte» de septiembre de 1968:

> [...] Quien se hubiera encontrado en Cividale el 2 de septiembre de este año habría tenido la sensación de una gran agitación. Se llegó incluso a plantear la hipótesis de que Leone hubiera decidido liberar a Checoslovaquia.[4] Desde Údine se movía hacia la frontera, pues en dirección de Cividale, una cantidad inimaginable de fuerzas de policía y carabineros, los sitios clave de la ciudad, incluido el tablón de anuncios donde

---

3 Edelweiss Cotti [1923-1998], médico psiquiatra, fue uno de los primeros en Italia que sostuvo la inexistencia de la enfermedad mental. A pesar de ser profesor universitario, prefirió concentrarse en la actividad terapéutica, escribiendo un solo libro (junto con Roberto Vigevani): *Contro la psichiatria*, Florencia, La Nuova Italia Edizioni, 1970 [N. del T.]

4 Pocos días antes, el 20 de agosto de 1968, las tropas del Pacto de Varsovia, lideradas por la URSS, habían invadido Checoslovaquia, poniendo fin al período de liberalización llevado a cabo por el presidente Alexander Dubček entre enero y agosto de 1968. Aquí se hace referencia a una hipotética liberación de Checoslovaquia por parte de Italia, cuyo presidente del Consejo de Ministros era Giovanni Leone [N. del T.].

se suele publicar «L'Unità», estaban controlados por agentes uniformados o de paisano.

El hospital civil de Santa Maria dei Battuti estaba completamente rodeado por policías y carabineros con todoterrenos, furgonetas y coches patrulla: el senador Pelizzo había decidido cerrar el pabellón neuropsiquiátrico. Los enemigos eran el grupo del profesor Cotti y los doce ingresados que en aquella fecha quedaban en el pabellón; entre ellos muchos ancianos y un incapacitado laboral.

A lo largo del mes de septiembre el Consejo de Estado habría debido reunirse para decidir acerca de la continuación de la existencia de ese pabellón, cuya construcción le había costado al Estado varios cientos de millones de liras. La cuestión oficialmente tenía un carácter administrativo, ya que la administración del hospital, tras solo tres meses desde la apertura del pabellón, había deliberado su supresión debido a su falta de independencia económica. El profesor Cotti, en cambio, había presentado motivos válidos para la continuación de la actividad del pabellón: no solo había logrado el equilibrio presupuestario sino que, además, se sabía que la afluencia de internos había sido limitada por los administradores, quienes habían suprimido el convenio INAM y habían desanimado a los ingresados, haciendo correr la voz de que la actividad de ese lugar de cura terminaría.

Estos eran los motivos oficiales. En realidad, los métodos usados por el profesor Cotti y sus colaboradores para curar a los ingresados alteraban la falsa tranquilidad del valle del Natisone. En el cercano manicomio de Gemona hay celdas de segregación con bancos largos para que una persona pueda estirar tres cuartas partes de su cuerpo, hay una mujer, a la que nadie le enseñó a hablar, que lleva estando allí encerrada desde que tenía cuatro años.

En resumen, se trata de un lugar del que supuestamente no se sale hasta que uno esté muerto. esta es la psiquiatría que tranquiliza a los administradores y tal vez también a los productores de psicofármacos, ¿pero qué decir de aquel profesor Cotti que habla con «esquizofrénicos» y «catatónicos» de sus problemas, que ha abolido en su pabellón no solo cual-

quier medio de contención tanto física como farmacológica, sino que ha evitado incluso —para confirmar la falta de peligrosidad de las personas enfrentadas a problemas en algunos casos gravísimos— contratar a personal de enfermería masculino? ¿Qué decir, sobre todo, de aquellas reuniones de los ingresados en las cuales los problemas sociales y los afectivos emergen en su dramática coherencia trasladando la atención de la «locura» de quien habla a los problemas de las familias, de la miseria, del trabajo o del desempleo?

A los administradores de Cividale no les importaba si los esquizofrénicos ya no eran esquizofrénicos y salían del pabellón con la capacidad de organizarse —dentro de los límites que el ambiente permitía— una vida distinta y mejor, no les importaba si en Cividale las hospitalizaciones duraban un mes en lugar de veinte años y, sobre todo, si llevaban a la recuperación. Si las hospitalizaciones en el pabellón de Cotti hubiesen tenido una duración media de solo la décima parte de la habitual en un hospital psiquiátrico italiano, el pabellón de Cotti habría estado completo un mes después de la apertura, tal vez la larga duración de las estancias hospitalarias habría superado hasta los pretextos de los administradores.

Lo que inquietaba al perito técnico Cantarutti, presidente del Consejo de Administración del hospital, y al senador Pelizzo, Secretario de Estado de Defensa, era lo siguiente: el hecho de que el profesor Cotti y sus colaboradores para curar a un hospitalizado fueran a su casa, involucrando a los familiares ya que el origen de los problemas de una persona siempre tiene relación con otras personas, el hecho de que los familiares fueran al hospital y participaran en las discusiones, el hecho de considerar como elemento clave para la recuperación la comprensión de los problemas tanto personales como ambientales. Eso era lo que hacía falta impedir. Por eso se eliminó el pabellón, presentando sucesivamente denuncias sin fundamento contra el profesor Cotti y sus colaboradores por violación de domicilio agravada, mientras esperaban la decisión del Consejo de Estado; por daños, aunque hubieran construido y mejorado con su trabajo el vacío de un pabellón de un hospital; por usurpación de función públi-

ca, cuando simplemente seguían trabajando, sin retribución, con la única finalidad de dar de alta a los últimos ingresados.

Desde 1943 no se había visto algo así. El terror de los hospitalizados, la amenaza de llevarlos por la fuerza al manicomio de Údine en los coches patrulla de la policía, la destrucción del pabellón que, gracias al trabajo intenso de Cotti, Antonucci, Tesi y de las asistentes Campadelli, Bruni e Tusulin —la primera asistente social, las últimas asistentes sanitarias— se había convertido en un modelo de convivencia civil, fueron la demostración memorable de ese progreso inverso que nuestros gobernantes nos ofrecen cada día. [...] A pesar de la amenazante irrupción policial, Cotti y sus colaboradores, coherentes con sus principios, impidieron que los ingresados fueran llevados al manicomio y consiguieron darlos de alta de manera que pudiesen volver a sus casas. [...] Si hoy, tras el cierre del pabellón Cotti, un ciudadano del distrito de Cividale del Friuli se encuentra en situación de necesitar asistencia psiquiátrica, se enfrentará a la posibilidad de ser hospitalizado con contención, sufrir electroshock, maltratos y tal vez incluso una lobotomía: todo gratuito, a través de su seguro médico.

He considerado útil citar esta larga crónica contextual de los eventos porque puede proporcionar una vívida descripción de lo que ocurrió entonces, mejor que cualquier otra consideración. Después de Cividale, Leopoldo Tesi me invitó a trabajar con él en el grupo de Agostino Pirella y Franco Basaglia en el hospital psiquiátrico de Gorizia. Fue allí donde empecé a frecuentar a Giovanni Jervis quien poco después me invitaría a Reggio Emilia.

Mientras tanto, tenía lugar una acalorada polémica acerca del significado de la experiencia de Cividale, que tuvo resonancia también en el extranjero, aunque solo fuera por la singularidad de la intervención policial con la que fue liquidada. El 11 de octubre de 1968, el semanario cultural comunista «Rinascita» publicó un artículo significativo acerca de nuestra experiencia,

titulado *¿Los pobres son locos?* Posteriormente la misma revista publicó una entrevista a Cotti titulada *La locura es un invento*; el 25 de octubre salió una carta firmada por Roberto Vigevani y por mí que cuestionaba el significado de la psiquiatría en su totalidad y se titulaba: *La polémica alrededor de la experiencia del Neurológico de Cividale — También en psiquiatría existen los aristotélicos.*

Algunos meses más tarde empezó a prevalecer la tesis que enmarcaba la experiencia de Cividale en un discurso de reforma de la psiquiatría, en vez de considerarla, como yo pensaba, el inicio de un abandono completo de la disciplina. También Cotti había empezado a declararse públicamente y actuar en la práctica como un reformador de la psiquiatría.

El 20 de abril de 1969, cuando ya trabajaba en Gorizia, en una carta al periódico titulada «Sette giorni in Italia e nel mondo» precisé mi opinión sobre Cividale y sobre la psiquiatría:

> He leído vuestro artículo acerca de los problemas de la asistencia psiquiátrica: lo he encontrado bien documentado e interesante; uno de los mejores entre los publicados hasta ahora. Quisiera aclarar en esta carta, en pocas palabras, el punto de vista fundamental que ha guiado la acción del grupo de Cividale.
>
> Nosotros no consideramos posible separar la negación de las instituciones psiquiátricas de la negación de la psiquiatría como ciencia, debido a que es precisamente la psiquiatría quien ha construido los manicomios, quien volvería a construirlos y quien sigue justificando su existencia no solo en Italia, sino que desafortunadamente en la mayoría de las naciones del mundo. La psiquiatría —nosotros afirmamos— es *en su esencia* una ideología de la discriminación, y todos sus conceptos son científicamente no concluyentes, carecen de fundamento y son en la práctica dañinos. Lo afirmamos y siempre estamos dispuestos a demostrarlo.

En el plano político se podría trazar un paralelismo muy significativo. No es posible disponerse a destruir los campos de concentración y los guetos sin negar y destruir la ideología de la raza, de la que los campos y los guetos son una lógica e inevitable consecuencia.

En el período feudal de nuestra civilización, una joven exasperada que gritase, tuviese desmayos, se resistiese o tuviese convulsiones era considerada endemoniada y existía una técnica precisa para juzgarla y liberarse de ella. Hoy una joven en condiciones parecidas es considerada histérica o esquizofrénica, a menudo según su condición social. La ideología psiquiátrica ha sustituido a la ideología demonológica con las mismas funciones. Exorcizar o eliminar. Si, al contrario, se abordan en serio los difíciles problemas de la existencia humana individual en su continua, real y concreta relación con la situación social, se colabora con la persona interesada cuestionándolo todo, poniéndolo todo en tela de juicio. Entonces ya no necesitamos hablar de histéricos o esquizofrénicos, por la misma razón por la que ya no necesitamos hablar de endemoniados.

Es lógico que ponerlo todo en tela de juicio sea la última cosa que el orden establecido esté dispuesto a aceptar, en particular si este cuestionamiento no es teórico sino operativo. Así trabajábamos en Cividale, por eso llegó la policía.

También nosotros somos médicos y sabemos muy bien que, además de las enfermedades de los riñones, del estómago y de los pulmones, existen enfermedades del sistema nervioso central, pero justamente esto es lo que nos permite distinguir los efectos de un proceso mórbido (por ejemplo la encefalitis o la parálisis progresiva) de los efectos terribles debidos a la desesperación por vivir en una sociedad inhumana.

Por estas razones, trabajamos no para reformar la psiquiatría, sino para que la psiquiatría, junto con las horribles instituciones que ha repartido por el mundo, sea finalmente, como diría Hegel, atravesada por la «furia del desaparecer».

La ciencia del «mal de madre»

Tras llegar a Gorizia en abril de 1969, se me encomendaron como médico dos pabellones de mujeres, uno de observación, el otro de asistencia de larga duración. En esta tarea ocupaba el puesto de Jervis.

En el hospital psiquiátrico de Gorizia se acababan de eliminar los medios de contención, las puertas estaban abiertas, se realizaba el trabajo a partir de discusiones y reuniones entre médicos, entre médicos y enfermeros, entre médicos, enfermeros y pacientes. Sin embargo, no se había eliminado el uso de los psicofármacos: se seguía utilizando neurolépticos en grandes cantidades. Un hecho singular: el *electroshock* había sido eliminado en los pabellones de hombres, mientras que se seguía utilizando en los pabellones de mujeres. Para eliminarlo tuve discusiones con Pirella, quien en ese período ejercía las funciones de director, sustituyendo a Basaglia.

La diferencia de trato entre mujeres y hombres no es casual, sino intrínseca a la historia de la medicina en nuestra civilización, y reproduce todos los prejuicios de los que hemos hablado hasta ahora. A este respecto escriben Barbara Ehrenreich y Deirdre English en el libro *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras*[5]:

> La atención de este texto está enfocada en las mujeres y su relación con la práctica y las credencias médicas. Sin embargo el asunto excede el ámbito de la medicina en sí, y también concierne a problemas comunes a todas las categorías de oprimidos. En el período histórico que hemos estudiado, la

5 Existen dos traducciones al castellano del original inglés *Witches, midwives and nurses: a history of women healers*, Nueva York, Feminist Press, 1973: *Brujas, comadronas y enfermeras: historia de las sanadoras*, Barcelona, LaSal. Edicions de les dones, 1984 y *Brujas, parteras y enfermeras*, Ciudad de México, El Rebozo, 2015 [N. del T.].

ciencia en general fue usada para justificar las injusticias sociales impuestas no solo por el sexo sino también por las diferencias de clase. La tecnología industrial, sirviéndose del trabajo de millones de trabajadores, ha creado la riqueza de la clase dirigente que aún hoy gobierna América. Si la tecnología ha podido dar riqueza y poder a algunos hombres, sin duda la «ciencia» ha podido justificar su poder. Pues el racismo y el sexismo se han alejado del reino del prejuicio para pasar a ser parte de las ciencias «objetivas». Los inmigrados negros y europeos han sido descritos como congénitamente inferiores con respecto a los protestantes anglosajones; se ha dicho que tienen un cerebro más pequeño, músculos más desarrollados y muchos otros caracteres sociales «hereditarios». La opresión racista y la de clase, así como la opresión sexual, no eran consideradas antidemocráticas, eran simplemente naturales. Durante este período de transición el moralismo todavía estaba mezclado con la ciencia en la ideología de la clase dominante. Los científicos realmente creían que algunos aspectos del carácter —como la supuesta incapacidad de los negros y la turbulencia de los inmigrados irlandeses— fuesen hereditarios. Los funcionarios públicos de la sanidad hablaban de «leyes sanitarias divinas» y los médicos se consideraban los guardianes de la salud moral, además de la física, de las mujeres. Hoy el período de transición parece definitivamente terminado: la ciencia ya no necesita aprobación moral. Cuando formula juicios sobre el cociente intelectual de los negros o sobre las diferencias psicológicas entre los sexos determinadas antes del nacimiento, la ciencia quiere ser solamente «objetiva». La ideología científica desde que perdió los últimos vestigios del moralismo religioso se ha vuelto aún más mistificadora y más eficaz como herramienta del poder.

En el ámbito de los prejuicios sobre la mujer, los médicos y psiquiatras, convencidos de su inferioridad biológica, han acuñado el término *histerismo*. Histerismo o histeria, que los autores describen e interpretan de maneras distintas y contradictorias, deriva etimológicamente del griego *hysterikos*, que significa «relativo al

útero». Escriben también que el histerismo «es epíteto propio de una enfermedad que afecta a menudo a las mujeres, vulgarmente llamada 'mal de madre', porque se creía que procediera de un defecto de la matriz».[6]

Posteriormente los psiquiatras, por razones de comodidad de la profesión, extenderán el concepto, usado durante mucho tiempo solo en referencia a las mujeres, también a los problemas masculinos.

6 Definición de histerismo en Cortellazzo, Manlio; Zolli, Paolo, *Dizionario etimologico della lingua italiana,* Bolonia, Zanichelli, 1983.

3

REGGIO EMILIA: LAS «*CALATE*»[7]

Después de haber trabajado durante unos meses en Gorizia con Basaglia y Pirella, Giovanni Jervis me invitó a trabajar con él en Reggio Emilia. Jervis y yo sabíamos que, dentro de ciertos límites, nuestras ideas y nuestros métodos podrían aplicarse en paralelo. Cuando en 1970 me convertí en el responsable del grupo de trabajo del centro de salud mental de Castelnuovo ne' Monti en la provincia de Reggio Emilia, nuestra actividad estaba principalmente dirigida a evitar todos los internamientos en manicomio, ocupándonos desde luego de los problemas sociales correspondientes.

Nuestro método consistía en la discusión detallada y detenida de las cuestiones, no solo con la persona afectada (por el peligro de internamiento), sino con todas las personas que estaban (o podían estar) implicadas en la situación: los familiares, los

7 El término italiano «*calata*» («*calate*» en plural) deriva del verbo «*calare*», que significa «bajar». Las «*calate*», que podrían ser traducidas como «bajadas», hacen referencia al descenso de la montaña por parte de grupos populares que iban a visitar el manicomio, como se dirá en el texto [N. del T.].

empleadores, los alcaldes, los sindicatos, los médicos de familia y todos aquellos que tenían relaciones importantes con la persona de la que nos ocupábamos.

Una vez Jervis, que ya empezaba a no estar completamente de acuerdo conmigo, me dijo: «Si no los internas tú, cuando no estás los van a internar los otros médicos». Yo le contesté: «Sería como si me dijeras a propósito de los judíos durante la persecución racial que no importa que no los denuncies, ya que los denuncian los demás».

El hecho es que se estaba estableciendo una discrepancia de fondo. Jervis razonaba en términos psiquiátricos y de protección del orden público y diferenciaba, por consiguiente, los casos graves más peligrosos, que se debía internar, de los menos graves y menos peligrosos, que se debía cuidar en casa. Yo, en cambio, razonaba considerando el conflicto entre individuo y sociedad y el derecho del individuo a ser respetado en su libertad en el marco de una sociedad más abierta y menos intolerante.

De acuerdo con esta línea teórica, el grupo de montaña que dirigía, a diferencia de los otros grupos que operaban en el territorio de Reggio Emilia, empezó a organizar en los pueblos asambleas populares para debatir los graves problemas de una región económicamente poco desarrollada y con una elevada tasa de emigración, el malestar social y el internamiento en el manicomio. El trabajo en la montaña, tanto para los casos individuales como para la actividad de las asambleas populares, fue llevado a cabo, además de mi grupo, por la doctora Eugenia Omodei Zorini, una inteligente intérprete del pensamiento freudiano más avanzado.

La primera asamblea popular tuvo lugar en Cervarezza, un pueblo a 900 metros de altitud entre Castelnuovo y Busana. Mientras estaba presentando mi punto de vista, un campesino me interrumpió: «Tú dices que en el manicomio no están los locos, sino nuestros compañeros más desafortunados quienes han sido internados por cuestiones de productividad y de orden social. Otros, en cambio, nos dicen cosas distintas. ¿Cómo podemos saber quién tiene la razón?». En aquel momento intervino otro: «¿Por qué no vamos a ver el manicomio?». Así empezaron las «calate», desde la montaña, de una población interesada en darse cuenta directamente de la realidad y del significado del manicomio. Durante el período de las visitas populares al Instituto psiquiátrico San Lazzaro de Reggio Emilia hubo discusiones, debates y documentos. Uno de los más interesantes se publicó en la revista *Il Ponte* con el título:

> Acerca de las visitas al San Lazzaro:
>
> Por qué un día estos muros serán derribados y nosotros volveremos a nuestras casas.
>
> Alcide Cervi.
>
> Este documento ha sido redactado por un comité popular elegido públicamente por los ciudadanos de la montaña reggiana, quienes has sentido el deber civil de interesarse por la salud de los ingresados en el Instituto neuropsiquiátrico San Lazzaro [...].
>
> Nos hemos sentido calificados en todo momento como perturbadores del orden constituido, inconscientes, saboteadores; y ahora, con una obra maestra de hipocresía, como «personas que han merodeado por los pabellones como si estuvieran en un zoo» —términos que sugieren al lector atribuir una curiosidad morbosa y divertida a quien trata de cumplir con su deber ciudadano. En este punto, nos sentimos injuriados y denunciamos el intento de bloquear estas iniciativas democráticas en beneficio del mantenimiento de

intereses perjudiciales para la salud de nuestros conciudadanos que afectan a la economía de nuestra comunidad [...].

El estatuto regional prevé la posibilidad, también para un ciudadano particular, de tener una copia y poder controlar los actos administrativos y la creación de comisiones de investigación y de estudio de asuntos y problemas que afectan a la región. Corresponde a los electores y a las organizaciones de trabajadores proponer actos administrativos, medidas y acciones que la Región puede adoptar en el marco de sus competencias. Nosotros pedimos poder controlar cómo se gasta el dinero en este servicio. Nosotros preguntamos por qué los niños internados en el De Sanctis, que cuestan a la comunidad 14.000 liras al día, estaban encerrados en habitaciones donde a menudo su integridad física se veía amenazada. Preguntamos por qué los baños estaban atascados y derramaban heces y orina hasta los pasillos. Preguntamos por qué los niños comían carne enlatada cuando pensamos que el gasto diario permite un tratamiento diferente.

Estas cosas no pueden ser valoradas por quienes visitan el San Lazzaro guiados por los encargados de «regular el tráfico»; de esta manera el ciudadano ve solo lo que la dirección quiere enseñar. Pero si alguien se pierde en el camino durante estas visitas guiadas y comprueba personalmente las condiciones de los internados fuera de la «vía peatonal», entonces descubre personas que llevan años atadas, personas obligadas a guardar cama durante meses debido a fracturas que nunca fueron tratadas; ciudadanos encerrados porque tras muchos años de trabajo al servicio de jefes que nunca pagaron las cotizaciones se encuentran en la miseria, en la pobreza y con silicosis.

A.A. fue obligado por los nazis, con una metralleta apuntándole a la espalda, a enterrar a sus compañeros, que habían sido fusilados. Uno de estos era un amigo suyo, que no había muerto; A.A. tuvo que enterrarlo vivo. Un sentimiento de culpabilidad aterrador devastó la vida de este hombre, que fue encerrado en el San Lazzaro.

Nuestra limpia y organizada sociedad, guiada por los poderosos y moralizada por los bienpensantes, tiene como finalidad la explotación del hombre para producir dinero o poder. Su resultado es la eliminación del trabajador que no

aguanta el ritmo de producción, el trabajo a destajo, la cadena de montaje, los desplazamientos diarios al trabajo, el desempleo, la emigración y la explotación. Estas personas, los trabajadores y sus hijos, llenan los institutos psiquiátricos, donde el sistema comete el segundo gran crimen contra ellos. Dado que ya no son útiles para la sociedad de consumo y son un espejo molesto para la conciencia del bienpensante, son segregados y reducidos al silencio; se actúa para que no se puedan defender (contención mecánica, psicofármacos) y para que no perturben el sueño de los culpables. La sociedad, o sea todos nosotros, estamos muy en deuda con estos hermanos nuestros. Por eso hemos ido al San Lazzaro y volveremos; porque también nosotros nos sentimos responsables y culpables de aceptar una sociedad injusta sin luchar [...].

No creemos que nuestras visitas causen daño a los ingresados. Durante una visita al pabellón Morel, donde se encierra a las pacientes más exasperadas y agitadas, una mujer se enfrentó con una visitante golpeándola e intentando arrancarle el bolso. Fue suficiente que la visitante no perdiera la calma y le dejara de buen grado el objeto de su atención para eliminar cualquier hostilidad. La paciente abrió el bolso, sacó un pañuelo que usó, volviendo a cerrar cuidadosamente el bolso y devolviéndolo con unas palabras de agradecimiento. Cualquier actitud agresiva había desaparecido convirtiéndose en asombrosa satisfacción, tal vez debido únicamente a que en lugar de ponerle una inyección se le había demostrado confianza.

Los jóvenes ingresados nos abrazaron afectuosamente y nos demoramos porque nuestra visita era para ellos un regalo precioso. Algunos pacientes lloraban de emoción al vernos, y nos miraban con una gratitud que nos llenaba de remordimiento por nuestra inacción con respecto a su condición. Con aire escandalizado el «Resto del Carlino» del 21 de abril de 1971 pregunta: «... Se pretende desmantelar una antigua e ilustre institución psiquiátrica como el San Lazzaro. ¡Encima! ¿Y dónde acabarán los mil quinientos internados?». Hay que darle la vuelta al problema. Hace falta evitar el internamiento a través de acciones eficaces de política preventiva. Se acaba víctima de la desesperación y de la hospitalización por causas

claramente identificables y, por lo tanto, evitables. No es suficiente destruir una prisión, es decir el manicomio: hace falta evitar que el sistema viole la libertad de los individuos hasta llevarlos al internamiento [...].

Paralelamente a las visitas populares al San Lazzaro y al trabajo para evitar el internamiento psiquiátrico, el grupo del centro de salud mental de Castelnuovo ne' Monti, en colaboración con los otros centros de salud mental de la provincia de Reggio Emilia y en contacto con los grupos de Medicina del trabajo, organizaba encuentros culturales y debates políticos con los sindicatos, los comités de empresa y las demás organizaciones obreras, en particular aquellas relacionadas con el Partido Comunista. Se debatían las relaciones entre las condiciones de vida y trabajo en la fábrica y los eventuales riesgos para los trabajadores de convertirse en clientes de los psiquiatras o huéspedes del manicomio.

Se llegó así, durante una reunión en Casina, a un proyecto de visita al San Lazzaro coordinado entre gente de la montaña y obreros de la industria siderúrgica de Reggio Emilia. Mientras tanto Jervis, que se había puesto en contacto con el director del San Lazzaro Piero Benasi y con burócratas del Partido Comunista (que miran con hostilidad al movimiento de los trabajadores contra el manicomio), estaba buscando las fuerzas necesarias para ponerle fin y eliminarme. Poco tiempo después fuimos apartados del trabajo de Reggio tanto yo como la doctora Eugenia Omodei Zorini, con el pretexto de un concurso cuya utilidad habíamos cuestionado.

En la batalla cultural contra el manicomio y en la crítica de la psiquiatría también los obreros habían expresado en varias ocasiones su opinión y su posición

política. A este respecto es ejemplar un documento del comité de fábrica de la Bertolini en el que las instituciones manicomiales son vistas «como sistemas de contención, como lugares de marginación social de los 'inadaptados', o sea de todos aquellos que no han podido adaptarse a los ritmos de explotación física y psíquica impuestos por el sistema capitalista, quienes son considerados, pues, como 'fuerza improductiva', como individuos 'inútiles' y 'peligrosos' para la sociedad».

El clima político de aquellos años era sin duda favorable a una toma de conciencia de la realidad de clase de la segregación psiquiátrica. Además, cualquiera podía comprobar que la totalidad de los internamientos tenía un origen económico y social. En el manicomio no estaban los ricos sino las clases sociales más desfavorecidas, o sea los obreros, los campesinos y el subproletariado, es decir personas en las que quienes procedían de la montaña o las fábricas podían fácilmente reconocerse.

El documento del Comité de fábrica de la Bertolini sigue así: «En los 'inadaptados', en los marginados, en los mayores que viven en un asilo, los trabajadores se reconocen o mejor dicho reconocen su futuro, en cuanto personas que, tras haber sido explotadas hasta el límite extremo de la tolerabilidad, son rechazadas por el sistema económico y social, que acepta solo a quien es capaz de producir según las necesidades del capital y de adaptarse a los modelos de vida que se les impone».

El mismo Jervis, quien en aquel período había viajado a China junto con algunos colaboradores del centro de salud mental, me había dicho que mis ideas acerca de la reapropiación del control de la salud por

los trabajadores eran parecidas a las de los «médicos descalzos» de las aldeas chinas; y que mis críticas al concepto de enfermedad mental se parecían a las «contradicciones internas del pueblo» de las que se hablaba en las comunas en la época de la revolución cultural. Un testimonio parecido acerca de los acontecimientos chinos es el que recogí en Alassio junto con Piero Colacicchi durante una conversación con Carlo Levi. El escritor nos contó que había participado en China en acciones colectivas para solucionar problemas difíciles relacionados con el mantenimiento de la salud y la integridad de las personas. Se pueden encontrar episodios similares también en el libro, de distintos autores, *Medicina preventiva y social en la ciudad y el campo vietnamita*, publicado en italiano en 1972 por el editor Bertani y extraído de la revista de Hanoi *Études vietnamiennes*.

El movimiento de los trabajadores reggianos de aquellos años (1970-1972), que fue el único movimiento popular contra las instituciones manicomiales, planteaba problemas complejos de carácter político.[8] Al principio participaron con entusiasmo personajes del Partido Comunista, tales como el senador Lusoli, los alcaldes Bombardi, Battistessa y Valcavi, el vicesecretario de la federación reggiana Bernardi y otros. Luego, poco a poco, muchos de ellos se retiraron. Se evidenció la contradicción entre una izquierda libertaria y democrática y una izquierda burocrática y autoritaria.

La segunda terminaba abrazando las ideas y compartiendo las preocupaciones del director del insti-

8 Varios documentos de la época demuestran el interés hacia el análisis socio-político por parte de la gente de la montaña reggiana y de los grupos de base. Recordamos, entre otros, la larga y detallada *Relación sobre las condiciones socio-económicas y culturales de la zona de montaña de la provincia de Reggio Emilia*, coordinada por el centro de salud mental, de octubre de 1970, con importantes investigaciones acerca de la relación entre emigración e internamiento psiquiátrico.

tuto psiquiátrico San Lazzaro, el profesor Piero Benassi, quien, para decapitar el movimiento y parar las «calate» desde los municipios de Castelnuovo ne' Monti, Ramiseto, Carpineti, Montecchio eligió la forma más burocrática y autoritaria: la denuncia ante la Fiscalía de la República. En lugar de hablar con la gente, «informaba» al fiscal de Reggio Emilia convirtiéndome en un chivo expiatorio, «debido a que arengaba y azuzaba a los enfermos y las enfermas contra la institución, impartía consejos y expresaba con arrogancia opiniones sobre modalidades técnicas de comportamiento y de asistencia a los enfermos dirigiéndose a enfermeros y médicos y realizaba una labor claramente denigrante y difamatoria contra el hospital en el que en aquel momento se encontraba».

La realidad era muy distinta. Cuando, durante las visitas que Piero Benassi denunció al fiscal, algunos grupos de personas de la montaña entraron en los pabellones de los niños, hubo un momento de gran tensión, que habría podido desembocar en una pelea. Los médicos y los enfermeros del San Lazzaro vivieron momentos de miedo. La gente decía: «Quizás habríais podido convencernos de que los adultos aquí encerrados son peligrosos, pero ¿por qué los niños de cuatro, diez años están atados a las sillas?».

La doctora Letizia Jervis Comba y el doctor Stefano Mistura se habían afanado sin resultado para detener a la gente, que tras mi intervención había cambiado de actitud, pasando del furor a la discusión. Letizia Comba llegó a decirme que era «un líder carismático», mientras que Stefano Mistura afirmó que «era cosa de garibaldinos». La acción directa de los ciudadanos tampoco gustaba a los psiquiatras democráticos. La historia del tratamiento de los niños a

lo largo de toda la civilización burguesa, desde el Ospedale degli Innocenti [Hospital de los Inocentes] de Brunelleschi hasta nuestros días, precisaría de un estudio detallado. El manicomio, junto con el orfanato y el internado, es uno de los principales recipientes de recogida. La moralidad de la gente respetable precisa que una parte de la infancia sea tratada como basura.

Durante el período pasado en Reggio Emilia aprendí muchas cosas: primero viviéndolas plenamente, sin ideas preconcebidas, luego reflexionando sobre ellas, usando el método inductivo de las ciencias experimentales, que los psiquiatras lamentablemente nunca han aplicado. Antes de hacer el diagnóstico, hace falta empezar por los hechos, entonces nos damos cuenta de que los llamados «casos clínicos» de clínico no tienen nada.

Por ejemplo, la historia de Maria Musi, que he grabado y transcrito, es ejemplar:

> Nací en Castelnuovo ne' Monti y tengo cincuenta y un años. He pasado la vida en el manicomio, excepto este último, o sea desde que vivo en este piso. Mi madre se casó después de mi nacimiento y yo fui ingresada cuando era muy pequeña en el Instituto De Sanctis, el pabellón infantil del manicomio, porque en casa no me querían. Cuando tenía aproximadamente doce años me enviaron a casa de mi madre para que probara a vivir con ella. Pero mi padrastro no me quería de ninguna manera y tanto él como mi madre siempre me echaban. Mi padrastro me pegaba siempre, con un bastón, con el fuelle del hogar, con el soplillo, con lo que tenía a mano; en vez de castigarle a él me han hecho pasar la vida en un manicomio. Para comer pedía limosna y a menudo el hambre me obligó a recolectar la comida destinada a los cerdos... Tenía que dormir en cabañas o en los bosques. Para encontrar a alguien que me ayudara tenía que buscar entre los vecinos, algunos de ellos se conmovían y me ayudaban un poco.

Después de un tiempo viviendo de esta manera un médico que vivía en Castelnuovo ne' Monti y trabajaba en el hospital civil de Castelnuovo Sotto se dio cuenta de cómo vivía, se interesó por mi caso y poco más tarde me hizo internar en el manicomio, en el San Lazzaro. ¿Entiendes? Hasta los doce años he estado en el De Sanctis, luego he pasado treinta y ocho años en el San Lazzaro. Eso quiere decir que he pasado toda mi vida en el manicomio.

En el De Sanctis si alguien decía algo que no les gustaba nos ponían una inyección de bromuro y nos encerraban en una celda sin comer durante tres días. Una vez que dije una palabra sucia las monjas me mantuvieron atada durante quince días. El pabellón funcionaba de esta manera; eso era lo normal, en el De Sanctis.

En el San Lazzaro no me daban medicamentos —en general en aquel tiempo daban pocos medicamentos— y nos tenían siempre encerradas en el pabellón pero, por lo menos en el pabellón en el que estaba (y en el que he estado casi siempre), no había personas atadas.

Las personas que se comportaban mal eran trasladadas a otro pabellón, el Morel-agitadas. Enviaban allá a aquellas que peleaban o, en particular, si alguna intentaba pegar a una enfermera. En el Morel vi con mis propios ojos a las internadas atadas a las que les tapaban la nariz para que comieran. Había gente obligada a llevar corsé durante meses.

Un día llevaron a una amiga mía, una de mi pabellón, al Morel-agitadas. Me mandaron que ayudara y llevara su ropa. La encerraron en una celda atada a la cama con correas alrededor de las manos, los pies y el pecho. La tenían encerrada sola porque ella, para defenderse, mordía. La mantuvieron en el Morel durante meses, en estas condiciones; ni siquiera recuerdo por cuánto tiempo. De vez en cuando iba a visitar a esa mujer y a otra amiga, que había sido criada de Cianciulli —y que sigue allí— y cuando las iba a visitar siempre estaban atadas como muchas otras.

Quiero añadir otra cosa, para que se entienda cómo es la vida en el manicomio: mientras trabajaba, las enfermeras eran buenas, pero cuando no trabajaba me trataban como a

una bestia. Por la mañana, cuando me levantaba, a menudo me mareaba y tenía que quedarme en la cama. Aquellas mañanas que no tenía fuerza para trabajar las enfermeras me ofendían. A lo mejor no me pegaban pero me ofendían, y las ofensas duelen más que los golpes. Me obligaban a trabajar pero sin pagarme: solo me explotaban.

Ahora te quiero cantar una canción que he creado yo sobre la vida en el manicomio. Cuando vivía allí la cantaba siempre y cuando la cantaba las enfermeras me pegaban diciendo que nada de lo que cantaba era verdad. Pero es todo verdad, todo lo que cuento es cierto. Yo he sufrido muchísimo, y lo que cuento es la historia de lo que he vivido y visto. Así como te lo cuento a ti puedo decírselo a cualquiera.

La vida del manicomio
es una vida dura dura
que nos lleva a la sepultura
y arruina a la juventud

Malditas malditas aquellas correas
malditos los corsés
malditas aquellas correas
que arruinan a la juventud

La vida del manicomio
es una vida dura dura
que nos lleva a la sepultura
y arruina a la juventud.

Ahora el San Lazzaro da asco, ha cambiado todo. Ahora es peor que antes porque dan tantos medicamentos que dan sueño. Hace muchos años era más animado, nos llevaban incluso de excursión —hablo de 1945 o algo así— mientras que ahora ya no hacen nada. Hoy en día mantienen calmados a todos con medicamentos y ya no hay vivacidad. Antes las relaciones entre internados y enfermeros eran un enfrentamiento constante: por parte de los enfermeros había una maldad abierta. Ahora en cambio ponen inyecciones y ahí se acaba. Antes entre nosotros había amistad, pasábamos tiempo juntos, paseábamos, conversábamos: ahora ya no hay nada. Ahora están todos llenos de medicamentos y ya no se hablan.

A partir del 68 ha habido muchos casos de «manicomios abiertos» pero, que yo sepa, solo en Reggio Emilia se estableció un vínculo no meramente instrumental y puntual «entre el interior y el exterior», entre los internados y la población. Aunque en esa época era más fácil vencer la resistencia y la burocracia en la estela del movimiento, el vínculo por desgracia duró poco. Sin embargo, es importante el hecho de haber demostrado que es posible difundir a nivel de base una conciencia acerca de la agresión y segregación psiquiátricas, que tienen su origen en la realidad existencial de los hombres.

Luciano Masini, un trabajador agrícola de Fornolo di Ramiseto, fue uno de los más activos en el período de las «calate» y estaba convencido de la necesidad de abordar las causas de la marginación y segregación. Me parece interesante dar a conocer una conversación que tuve con él:

> La montaña tiene tradiciones de lucha muy antiguas. Continuas luchas para sobrevivir. [...] Cuando entendimos que la enfermedad mental no es un fenómeno natural, que no llega como las enfermedades sino que es la tristeza de las condiciones quien la produce, enseguida decidimos actuar. Aquí, puedes verlo, el ambiente es triste para los mayores y para aquellos que tienen alguna debilidad. Los mayores, por la noche: arriba y abajo por un corto tramo de calle, desde aquí hasta la curva y luego de vuelta, nada que hacer, ¿qué pueden hacer por la noche? Vienen aquí, se sientan, si tienen algo de dinero beben, a veces no llegan a ser el número suficiente ni siquiera para jugar a las cartas. Los jóvenes ahora pueden ir de vez en cuando a los sitios donde hay cosas que hacer, a Castelnuovo o incluso a Reggio. Los mayores no, aquí nacieron y aquí se quedan.
>
> Antes, hace años, aquí había tradiciones, se cantaba, se bailaba: ahora ya no queda nada aquí arriba, hemos perdido

lo que teníamos sin recibir nada a cambio. Y los más sensibles, aquellos que entienden más, no aguantan, sufren más que los demás: son ellos los que son enviados al San Lazzaro.

Nosotros conocemos el ambiente y las condiciones en las que la gente vive. Considera una cualquiera de estas familias: los jóvenes se casan y se mudan a las llanuras: los mayores se quedan solos, la vida es siempre igual, no hay nada que hacer y se entristecen. Es natural. Problemas tenemos muchos. Pero no se preocupan por nosotros que vivimos allá, envían a técnicos que no entienden. Te pongo un ejemplo: llega uno para estudiar una carretera: ve un torrente con mucha agua y decide que allí hace falta un puente, luego ve otro con poca agua y decide que allí es suficiente una alcantarilla. Así lo hacen. Pero a nosotros, que conocemos bien la montaña, no nos preguntan nada: a lo mejor donde está el puente era suficiente una alcantarilla porque el agua nunca supera cierto límite y donde está la alcantarilla era necesario un puente porque es allí donde, cuando llueve fuerte, se va a descargar toda el agua.

Pero tú querías saber sobre el movimiento contra el San Lazzaro. Vinieron los del centro de salud mental de Reggio y hubo reuniones, muchas. Bombardi, el alcalde de Ramiseto del que dependemos, contribuyó de manera importante: fue él quien organizó todas las reuniones. Venía de Reggio una rubia, pequeñita (Eugenia Omodei Zorini). Era muy buena. Comenzaba a hablar, explicaba cosas, discutía. Explicaba algo y, de pronto, todo se volvía claro. Se debatía sobre los internados y nosotros pensábamos: mañana podría estar yo en el San Lazzaro. Entonces entendimos que el San Lazzaro representaba una forma de represión: o consigues vivir aquí o tu sitio está allí. Así que entendimos que debíamos luchar en dos frentes: por un lado contra el San Lazzaro, por el otro aquí arriba para que la montaña cambiara y se convirtiera en un lugar donde poder vivir. Por eso las «calate» fueron consideradas desde el inicio, y de manera profunda, como formas de protesta: se reclamaba por lo menos que las personas internadas recibieran un mejor trato.

La primera «calata» empezó de manera unitaria: participaron todos los partidos. Sin embargo una vez llegados a Reggio ya empezaron los primeros intentos de ruptura. Un consejero provincial socialdemócrata, Coselli, quien de alguna manera se

enteró de nuestra intención de «calare» y esperaba delante del San Lazzaro, preguntó si habían venido para que los ingresaran (yo no fui a las «calate», solo participé en la organización). Y pensar que decía que era amigo de la montaña... Cuando volvieron nos trajeron relatos catastróficos, terribles: niños atados, suciedad, violencias de todo tipo. ¿Para eso se había luchado durante la resistencia partisana? ¡No era para eso! Los del San Lazzaro querían únicamente hacer creer lo que querían ellos y fue necesario obligar a la gente por la fuerza a abrir ciertas puertas. En el San Lazzaro la única forma de pensar era la inhumana de la marginación y la segregación: no querían otra cosa.

Después de la primera reunión hubo otras reuniones y otra gente de aquí bajó junto con la población de otros pueblos, no recuerdo cuántas veces. Después de las «calate», el centro de salud mental de Reggio empezó a cambiar. Al comienzo, esto representaba el primer paso de la contestación contra la enfermedad mental y la gente tenía confianza. Todo iba muy lento, porque lo que decían era realmente y profundamente revolucionario. Luego, pasados unos meses de las «calate», las cosas cambiaron. Ahora nos traen las pastillas, pero las pastillas no solucionan nada. ¿Entiendes? Si se construye un camino, este se queda, sigue existiendo...; mientras que si se da una pastilla luego no queda nada...

Haría falta un vínculo de las fuerzas políticas, pero serio. La reforma sanitaria tendría que ser llevada a cabo no por los expertos, sino por aquellos que no son expertos; en vez de técnicos, personas que deben usar la medicina y saben para qué sirve. Por ejemplo, el médico de cabecera en la montaña ahora es indispensable: es una persona que está aquí, que puede saber todo de las familias y servir de intermediario para solucionar realmente los problemas, tanto del individuo como de la comunidad, es decir los problemas de salud y los llamados problemas mentales. Hay muchas cosas que cambiar. Y también el centro de salud mental debería ser un organismo que ayuda a transformar el ambiente.

En un principio, en relación con el centro de salud mental, nosotros, la gente de la montaña, habíamos pedido muchas cosas y pensábamos llegar a solucionar poco a poco algunos de los grandes problemas que nos impiden sobrevivir.

> Solo se realizaron algunas pocas de estas cosas [...]. ¿Entiendes que si no se solucionan los problemas de la montaña muchos de nosotros acabarán internados, en el San Lazzaro o en los asilos allá en la llanura? Es así. No hay escape.

Esta manera de razonar —como dicen Marx y Engels en *La ideología alemana*— «parte de las condiciones reales y no las pierde de vista ni por un momento. Sus condiciones son los hombres, pero no vistos y plasmados a través de la fantasía, sino en su proceso de desarrollo real y empíricamente registrable, bajo la acción de determinadas condiciones. Tan pronto como se expone este proceso activo de vida, la historia deja de ser una colección de hechos muertos, como lo es para los empiristas, todavía abstractos, o una acción imaginaria de sujetos imaginarios, como para los idealistas. Allí donde termina la especulación, en la vida real, comienza también la ciencia real y positiva, la exposición de la acción práctica, del proceso práctico de desarrollo de los hombres. Terminan allí las frases sobre la conciencia y pasa a ocupar su sitio el saber real».[9]

En Reggio Emilia, el saber real chocó con la ideología psiquiátrica, dispuesta a «abrirse a lo social» pero sin renunciar a la especificidad de su acción. La experiencia no psiquiátrica de Reggio Emilia —tal vez la única en el mundo— tiene que ser evaluada considerando sus contrastes reales y el significado que estos tuvieron. El centro de salud mental estaba dividido en dos planteamientos distintos: el de la mayoría de los médicos (entre ellos Jervis) y algunos enfermeros, que —en abierta contradicción— no rechazaba el papel profesional del psiquiatra sino solo su función

9 Usamos la traducción del alemán de Wenceslao Roces en *La ideología alemana*, Madrid, Akal, 2014, pág. 27 [N. del T.].

represiva, pues separaba lo bueno (la función terapéutica, la técnica neutra) de lo malo (el uso del poder); el otro, del grupo más fuerte de los enfermeros y solo un par de médicos (entre ellos yo), que —eliminando la separación entre expertos y no expertos, técnicos e incompetentes— tenía como objetivo la destrucción de la psiquiatría como técnica separada a través de la participación de la población.

Jervis, siempre «a la vanguardia en retroceder», intentó más de una vez eliminar los aspectos relevantes y fuertes de este contraste. Cuando habló de ello, mencionó polémicamente una línea aventurista, espontaneísta, de improvisadores, en oposición a la «verdadera» línea condensada en su carácter «experimental», de vanguardia en el ámbito terapéutico. Finalmente colaboró con las fuerzas normalizadoras para eliminar el movimiento rebelde que tenía como protagonistas a obreros y gente de la montaña.

En Reggio Emilia por primera (y lamentablemente última) vez no luché solo contra el poder psiquiátrico. No puedo mencionar exhaustivamente aquí a todos los enfermeros con los que he trabajado y sus importantes testimonios recogidos por Piero Colacicchi. Por ejemplo el de Giuseppe Garuti, con quien solía ir a la montaña a visitar a exinternados del San Lazzaro o a personas en peligro de ser internadas, o el de Luciano Bartolini, del que cito aquí un pasaje:

> He pasado casi cuatro años en el hospital civil y he visto todo tipo de cosas: gente tratada mal, hasta personas matadas, de manera más o menos encubierta. Entonces decidí marcharme. Empecé a trabajar en el centro de salud mental. Cuando llegué, Garuti y yo enseguida formamos un equipo con Antonucci, en el sentido de que intentábamos trabajar juntos el mayor tiempo posible y siempre quedábamos por la

> noche para discutir... Escuchábamos a las personas, sin hacer diagnósticos: solo escuchando realmente se entiende a las personas para luego poder discutir sus problemas. Esta forma de pensar es muy distinta a la de muchos, que aparentemente dicen que la enfermedad mental no existe: por ejemplo, Jervis decía que existen personas con problemas, pero luego nos proponía, cuando se encontraba aquí, la terapia de *electroshock*.

Quiero finalmente recordar a Marisa Bittasi, quien explica muy bien en su testimonio qué significa la transformación del enfermero tradicional en operador sanitario, que:

> (...) poniendo a disposición su propia personalidad en su totalidad, con su historia, con sus imperfecciones verbales, con su cultura no empapada de conocimientos psiquiátricos, podía establecer relaciones distintas a las existentes entre psiquiatras y pacientes, o sea podía establecer una relación de participación (...); este operador psiquiátrico, procedente de la clase obrera o campesina y con valores culturales y contenidos similares a los de las personas que necesitaban ayuda, evitaba crear la relación de dependencia que suele establecerse entre el técnico, que detenta el poder, y el paciente. La relación, pues, era igualitaria.
>
> En cambio los psiquiatras llevan la relación con las personas a través de toda una serie de momentos violentos, que violentan: nosotros veíamos esto continuamente. Yo te puedo decir a cuántas personas vimos destruidas, aniquiladas, personas que además de tener una difícil historia de clase estuvieron también en el manicomio. Las teníamos delante atiborradas de medicamentos.
>
> Entonces debíamos asegurarnos de que sintieran que estábamos a su lado en cuanto individuos que pertenecen a la misma clase, que por eso entienden qué significa estar excluidos, no haber podido nunca decir sí o no, qué significa ser personas que nunca han decidido sobre su propia vida. Las teníamos allí, una multitud de mujeres mudas, que nunca habían hablado. En cada momento nos enfrentábamos a un

tipo de cultura que nosotros mismos no conocíamos y no conocemos bien. En esos momentos nos armábamos de valor, sintiendo que de una forma u otra había una cultura común, nos situábamos en un terreno común: eso significaba para nosotros ser un operador sanitario.

Actuábamos de esa forma conscientes de que esa cultura era precisamente la que la psiquiatría tendía a desmontar demostrando que no era cultura. También en el Centro había quien consideraba nuestra posición como «psiquiatría de café»: para esos personajes que, a fin de cuentas, tendían a gestionar el centro, nosotros éramos los buenos, los honestos, los que procedían de la clase obrera, que podían hacer lo que quisieran, ya que no podían causar grandes problemas debido a que trabajaban con personas del manicomio. A menudo se llegaba a debates feroces sobre el concepto de enfermedad mental. A los médicos que estaban contra nosotros les decíamos que era suficiente que una persona se encontrara frente a un médico por el que se sintiera intimidada para que adoptara una actitud que el médico consideraba anormal, confundiéndose, sin poder pronunciar una palabra o excitándose. De esta manera poníamos en tela de juicio las posiciones de los psiquiatras del centro de salud mental, de los «santones» (...).

Nosotros rechazábamos el diagnóstico, y seguimos rechazándolo: intentamos entender la historia de las personas. Hacer un diagnóstico significa esquematizar todas las relaciones, significa encuadrar a las personas. El rechazo del diagnóstico (que aquellos «santones» de los que hablaba antes definían como rechazo moralista) es muy importante porque no tiene un valor, digamos, literario, sino un valor político: el diagnóstico impide considerar a la persona en su totalidad, con toda su historia, es por esta historia por donde se debe empezar (...).

En cambio, siguen predominando las etiquetas-diagnóstico según las cuales los «débiles», los «insubordinados», los «rebeldes» y en general quien no aguanta más debe ser eliminado, a lo mejor con la mayor hipocresía piadosa: en cierto punto, «pobrecillo, no

es su culpa», ayudémoslo a desaparecer para que no se vuelva *peligroso* para sí mismo y para los demás.

Desafortunadamente la experiencia de Reggio Emilia no se repitió, sin embargo sigue siendo, debido a su validez ejemplar, un punto de referencia para cualquier persona que quiera luchar contra el poder psiquiátrico.

4

IMOLA: EL PABELLÓN 14

Después de haber trabajado para evitar los internamientos, durante muchos años y en diferentes lugares, en 1973 me encontré en el Instituto psiquiátrico «Osservanza» de Imola, en el pabellón 14 de las *agitadas esquizofrénicas peligrosas irrecuperables*.[10]

Tomé yo la decisión de dirigir el pabellón, considerado por los psiquiatras del instituto como el más difícil y peligroso. Era el último, cerca de la iglesia, enfrente del pabellón de los hombres agitados. El instituto estaba organizado de manera progresiva, desde la observación hasta los pabellones de los que ya no se sale, salvo en casos excepcionales.

En el documento *Juicio de los médicos* de Núremberg, en referencia a los programas de eutanasia de los nazis, se lee: «En su declaración, el imputado principal, el doctor Karl Brandt, señaló que en el congreso del partido nazi de 1935 el entonces *Reichsärzteführer* [director general de los médicos del *Reich*] Gerhardt

10 Véase al respecto P. Colacicchi, «Psichiatria e politica: una notizia da Imola», *Il Ponte*, nº 11, noviembre de 1973.

Wagner planteó la cuestión de la eutanasia e hizo proyectar una película que enseñaba qué vida estaban condenados a vivir los internados en el manicomio».[11] Los nazis extraían las consecuencias lógicas del pensamiento de Kraepelin y de Bleuler frente a situaciones parecidas a las que encontré en Imola.

En el pabellón 14 de las agitadas cuando llegué se encontraban 44 mujeres segregadas, con períodos de detención más o menos largos, sin perspectivas de salir. Los muros altos, los barrotes en las ventanas, las puertas de hierro, las diferentes secciones del edificio separadas y controladas, las celdas con mirilla y las camas atornilladas al suelo eran las principales características de la construcción. Las 44 mujeres internadas, todas con diagnóstico de esquizofrenia, vivían recluidas, atadas, vigiladas continuamente y constantemente sometidas a todos los más brutales tratamientos de la psiquiatría.

Ya había visto situaciones similares en muchos lugares, pero ahora me veía obligado a abordar la situación personalmente y prácticamente solo. En el pabellón 14, a excepción de la lobotomía y la lobectomía, se utilizaban en cada una de las personas todos los tratamientos teorizados por los psiquiatras, de manera, por así decirlo, concentrada. Existían medios de contención física de todo tipo, desde la camisa de fuerza hasta la máscara de plástico para que las pacientes no pudiesen escupir. Se usaban los tres tipos fundamentales de *shock*, o sea, las inyecciones endovenosas de acetilcolina según el método de Fiamberti, las aplicaciones de *electroshock* según el método Cerletti[12]

11 Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred (eds.), *Medicina disumana*, Milán, Feltrinelli, 1967.

12 El *electroshock* es un invento de un estudioso italiano. En la misma época en que se desarrollaba el movimiento nazi en Alemania, de 1932 a 1938,

y la producción del coma insulínico según el método de Sakel. Se usaba todo tipo de psicofármacos, se practicaba la alimentación forzosa y se mantenía a las internadas y las enfermeras bajo la presión constante del chantaje y del miedo a los superiores jerárquicos.

Es posible dividir las terapias psiquiátricas en tres grupos: contención física, contención química, contención psicológica.

Los medios de contención física son claramente definibles en su función y se califican por sí mismos.

Los psicofármacos son definidos neurolépticos, es decir sustancias químicas que tienen la propiedad de disminuir las facultades intelectivas y emocionales de quien las toma, o bien neuroplégicos, lo que significa —literalmente— paralizantes de las funciones nerviosas.

Es sabido que el coma, independientemente de su origen o de la manera en la que es provocado, es una grave condición orgánica premortal. Con respecto a los *shocks*, Edoardo Balduzzi, uno de sus defensores, escribe en su libro *Las terapias del shock*:[13] «Hoy en día cuando en la literatura se vuelve a hablar de *shocks* es solo para describir de manera genérica sus aspectos negativos; para enumerar sus peligros absolutos y relativos, haciendo hincapié en el concepto de la progresiva invalidación de la eficiencia psíquica por parte

---

en Italia Ugo Cerletti y Lucio Bini llevaban a cabo en Génova y Roma sus experimentos en cobayas humanas elegidas entre los internados en clínicas psiquiátricas. En 1938 Cerletti expuso los principales resultados de sus estudios en la Academia de Roma: tras saber que en el matadero se había experimentado con un nuevo sistema eléctrico para aturdir a los cerdos antes de matarlos, pensó usar el mismo tratamiento para sus pacientes. Véase Enciclopedia medica italiana, vol. VIII, Florencia, Sansoni, 1956, en la voz: *Shockterapia (elettroshock)* [Terapia por electroshock (electroshock)].

13 Balduzzi, Edoardo, *Le terapie di shock*, Milán, Feltrinelli, 1962.

de quien los sufre; finalmente para denunciar la irracionalidad empírica de aquellos que los propusieron y —aún peor— de aquellos que insisten en aplicarlos».

Asistimos a un debate, lúgubremente humorístico, en el que los especialistas que usan los *shocks* denuncian la ineficacia y los daños de los psicofármacos, y los especialista que recetan los psicofármacos denuncian los daños y la ineficacia de los shocks.

En lo que concierne al concepto mismo de terapia, está vinculado lógicamente, como escribe Don D. Jackson en *Etiología de la esquizofrenia*,[14] con la definición del concepto de enfermedad mental. «La definición misma de la esquizofrenia como 'enfermedad' —observa el autor— parte del supuesto de que es similar a las 'enfermedades' y por lo tanto explicable desde un punto de vista fisiológico». Jackson sigue diciendo: «En el momento en que se defino la 'demencia precoz' hacia el final del siglo XIX, la medicina, y en general la cultura europea, estaban fuertemente interesadas por las teorías de la degeneración social, basadas en el concepto de 'inferioridad protoplasmática'. Eso no sorprende si se tiene presente que esa sociedad tenía una estructura bastante rígida, fundada en la teoría de las cepas hereditarias que representaba la máxima expresión de la ilusión de la 'superioridad natural' de la 'raza blanca'. Los estudios antropométricos de Lombroso se basaban en la teoría según la cual cuanto más se parece un hombre a un mono, tanto más piensa como un mono y tanto menos posee un alma». Jackson concluye astutamente: «Es un ámbito lleno de folclore y de fáciles profecías ya que si las personas pelirrojas no tienen un temperamento más pasional que los demás,

14 Jackson, Don D. (ed.), *Etiología de la esquizofrenia*, Madrid, Amorrortu, 1974 [1960].

pueden llegar a tenerlo en poco tiempo si alguien los trata como si lo tuvieran».

En el pabellón 14 me encontraba no solo frente a personas prisioneras y físicamente debilitadas por los eficaces tratamientos de demolición, sino también —y eso es lo peor— frente a individuos que llevaban años siendo clasificados como seres biológicamente inferiores, que debían poder recuperar la igualdad con los demás.

La distinción entre grupos étnicos superiores y grupos étnicos inferiores tuvo durante la II Guerra Mundial los efectos que todos conocemos. Con respecto a los individuos en conflicto con la sociedad, el médico franco-americano Alexis Carrel, del Rockfeller Institute de Nueva York, premio Nobel de fisiología en 1912 y precursor de los estudios en materia de trasplante de órganos, en su libro *La incógnita del hombre*, publicado en 1939,[15] con un cinismo que parece más marcado que el del doctor Wagner durante el congreso nazi de 1935, escribía:

> El coste de las prisiones y de los asilos de alienados, de la protección general contra los bandidos y los locos es, como todos sabemos, gigantesco en nuestro tiempo. Se ha hecho un esfuerzo ingenuo por las naciones civilizadas para la conservación de seres inútiles y nocivos. […] En Alemania el gobierno [de Hitler] ha tomado medidas enérgicas contra la difusión de las personas inferiores, los locos, los criminales. La solución ideal sería la eliminación de estos individuos en cuanto se vuelvan peligrosos. (…) Los sistemas filosóficos y los prejuicios sentimentales deben desaparecer ante esta necesidad (citado en Pappworth, 1971 e Illich, 1975).[16]

---

15 En realidad el libro, cuyo título original francés es *L'homme, cet inconnu*, fue publicado por primera vez en París por la editorial Librairie Plon en 1935 [N. del T.].

16 Tomamos como base, revisándola, la traducción en Carrel, Alexis, *La incógnita del hombre*, Barcelona, Iberia, 1987 [1935] [N. del T.].

En referencia al desconocimiento del hombre y de sus problemas, parece que el autor eligió para su obra el título más apropiado. Así que en aquellos años, inspirados por la cultura médica y biológica que hemos mencionado y bajo la influencia del nazismo, se extraían conclusiones políticas tales como la eliminación de los internados de todo tipo (cárceles, manicomios) o bien su utilización como cobayas.[17] Todavía hoy muchos, de forma más o menos explícita, siguen teniendo la misma opinión que Wagner y Carrel y actúan en la misma dirección.

Escribe Frantz Fanon en el libro *Los condenados de la tierra:*

> Entre las características del pueblo argelino que había establecido el colonialismo nos detendremos en su pavorosa criminalidad. Antes de 1954, los magistrados, policías, abogados, periodistas, médicos legistas convenían de manera unánime en que la criminalidad del argelino era un problema. El argelino, se afirmaba, es un criminal nato. Se elaboró una teoría, se aportaron pruebas científicas. Esta teoría fue objeto, durante más de 20 años, de enseñanza universitaria. Estudiantes argelinos de medicina recibieron esa enseñanza y poco a poco, imperceptiblemente, después de adaptarse al colonialismo, las élites se adaptaron a las taras naturales del pueblo argelino. Perezosos natos, mentirosos natos, ladrones natos, criminales natos.[18]

La pseudociencia de los psiquiatras confirma enérgicamente este discurso. Fanon continúa:

> Para el profesor Porot, la vida del indígena norteafricano está dominada por las instancias diencefálicas. Esto equivale a decir que el indígena norteafricano está, en cierto sentido, privado de corteza cerebral.[19]

17 Pappworth, M. H., *Cavie umane. La sperimentazione sull'uomo*, Milán, Feltrinelli, 1971.
18 Fanon, Frantz, *Los condenados de la tierra*, Tafalla, Txalaparta, 1999.
19 *Ibid.*, pág.187.

Eso tal vez habría sido demasiado incluso para Lombroso. Pero eso no es todo. Sigue así:

> Para darse a entender, el doctor Carothers establece una comparación muy viva. Así advierte que el africano normal es un europeo lobotomizado.[20]

Como reconoce el psiquiatra, aunque sea de manera abiertamente racista, un indígena africano se encontraría a nivel cerebral y psicológico igual de maltrecho que un paciente europeo que haya sufrido una intervención terapéutica de un cirujano.

Otros psiquiatras más románticos, como el escritor italiano Mario Tobino, se entretienen, trabajando y habiendo trabajado en el manicomio, con problemas de estética y misticismo, y escriben obras o inspiran películas de carácter sentimental y humanitario. Sin embargo le tienen apego al manicomio. Aquellos que quieran marcar la distancia entre el nuevo sentido común (aún por desarrollar) y la buena conciencia del psiquiatra de los años cincuenta, pueden volver a leer ese terrible y cínico libro suyo, cínico incluso en su título, *Las mujeres libres de Magliano*.[21] Este libro, en el que se encuentran D'Annunzio y Lombroso, puede representar el manual del buen psiquiatra-guardián y represor, con la falsa conciencia del buen terapeuta, quien extiende su mirada-poder objetivante a todo su reino separado, absoluto, donde la violencia más cobarde se presenta como la normal explicación de su función. (Las víctimas son «bestias», «huelen mal», «a veces feroces, a veces dóciles», apartadas de la humanidad; también los enfermeros, campesinos, son animales, casi plantas).

20 *Ibid.*, pág.188.
21 Tobino, Mario, *Le libere donne di Magliano*, Florencia, Vallecchi, 1953.

El psicólogo de Forlí Gianni Toldini, en una carta abierta en respuesta a un artículo de Tobino,[22] habla de mi trabajo en el pabellón 14 de las agitadas y concluye:

> Lo siento, querido Tobino, tal vez te hayas quedado atrás, porque sigues aferrándote al síntoma. Te has estancado en la época anterior a Freud, porque ya Freud nos enseñaba que el síntoma es solo el final de una historia, y que solo conociendo la historia se alcanzan los conocimientos que descifran el delirio y pueden derrumbar y destruir el síntoma mismo.[23]

22 Véase «Il ghigno della follia», Il Resto del Carlino, 7 de mayo de 1978.
23 «Lettera aperta a Mario Tobino», Il Ponte, nº 10, septiembre de 1978.

5

LA LIBERACIÓN DE TERESA B.[24]

En el siguiente capítulo, que documenta a través de los historiales clínicos la historia de algunos internados en el «Osservanza» de Imola, se encuentra también el historial de Teresa B. Lo encontré cuando en 1973 asumí la dirección del pabellón agitadas.

El pabellón estaba completamente cerrado, como un cubo: había muros, que luego derrumbé, puertas de hierro que fueron sustituidas por puertas de cristal. Del actual vestíbulo se pasaba a un pequeño pasillo, que conducía a las pequeñas habitaciones de las pacientes. Las diferentes partes estaban cerradas, es decir, solo se podía pasar de una sala a otra abriendo las puertas con llave: en cada estancia había una enfermera con las llaves preparadas, un cierto número de personas se quedaba en una sala con la enfermera, luego se cerraba la puerta y se pasaba a otra sala con enfermera y llaves.

Un patio rodeado por muros altos representaba la única posibilidad para poder estar fuera. En el

24 Este capítulo ha sido extraído de una entrevista grabada por Paola Cecchi.

interior estaban las habitaciones (las celdas) con dos camas, en algunos casos, como el de Teresa, para una persona sola, cuando la consideraban particularmente peligrosa. Así, llegabas y encontrabas la puerta cerrada con la mirilla. Aún se pueden ver las marcas de las uñas, en el interior, de las personas que no estaban atadas que intentaban salir, tratando de abrir.

Teresa estaba considerada la persona más peligrosa del pabellón de las peligrosas. Se la consideraba «el monstruo de Imola».

Cuando llegué, tuve que atravesar todas estas barreras. También Noris, mi mujer, me dijo: «Considerando la situación, será difícil que consigas liberar aunque solo sea a una persona». Cuando llegabas delante de la puerta únicamente podías mirar por la mirilla: solo se veían los ojos y el pelo de Teresa, porque llevaba la máscara (denominada bozal en el historial, en la nota del 17 de abril de 1971), luego llevaba la camisa de fuerza torácica que la tenía atada a la cama y correas de contención en las piernas y las muñecas, por lo tanto se parecía a una momia.

La máscara para impedir que escupiera le cubría la boca y casi todo el rostro, como los bandidos durante un atraco. En el caso de Teresa, la máscara estaba atada a la cama con correas de cuero. Así, solo podía ver los ojos de Teresa.

Empecé a liberarla, empecé por una mano. A veces, antes de que empezara a trabajar allí, intentaban desatarla. Todos los días tenían que desatarla para limpiarla. Desde luego iban varias enfermeras, porque cuando la desataban hacía lo que podía, pegaba; además es una mujer fuerte. Una de las primeras dificultades consiste en darse cuenta de que son los mismos pacientes quienes se niegan a ser desatados.

En el caso de Teresa, por ejemplo, le desataban una mano y mientras la enfermera trataba de darle de comer ella le arañaba la cara; entonces la volvían a atar y le pegaban. Muchas de las que han sido atadas ya no tienen dientes, tanto por el *electroshock*, como por la alimentación por sonda. Las enfermeras me contaron que si las pacientes se negaban a abrir la boca se las forzaba y durante la «operación» les saltaba algún diente.

Se trataba de empezar a desatarla contra la opinión de los médicos. Aunque el pabellón dependiera enteramente de mí, el médico al que sucedía se retiró enseguida. Las enfermeras tenían miedo y se entiende el porqué, vista la situación, la manera de pensar y el hecho de que parecía que se actuara contra la misma voluntad de la paciente. Pasé un mes entero en el pabellón, día y noche, porque en el pabellón no estaba solo Teresa sino que había cuarenta y cuatro mujeres, de las que unas treinta estaban atadas continuamente, mientras que las demás estaban desatadas unas horas al día. Así que también tenían todo el trabajo de atar y desatar.

Un mes más tarde entregué a la dirección los medios de contención en un saco acompañado por una nota: «Estos instrumentos de tortura deben salir de un pabellón hospitalario».

Cada vez que cogía las riendas de un pabellón hacía este trabajo, liberaba a todos y luego entregaba los medios de contención. ¿Por qué entregarlos? Porque mientras se guarden, aunque no se usen, tienen un potencial terrorista. Cuando eliminé los medios de contención lo comuniqué oficialmente a enfermeros y pacientes: ¡se había acabado!

Teresa es la que se negó durante más tiempo a ser desatada porque temía lo que podría hacer; sabía

que una vez desatada pegaría a los demás y que ellos la castigarían duramente; entonces prefería «quedarse tranquila».

Muchas veces he oído a los psiquiatras decir que «los mismos pacientes quieren estar atados», sin explicar el porqué. Es un poco como los imputados de Stalin que decían que estaban equivocados y que tenía razón Stalin. Hay que entender el porqué. Teresa ahora —cualquiera la puede ver, lamentablemente no se fue— es una persona con la que se puede comunicar. Desde el punto de vista biológico hay que decir que, excepción hecha por la musculatura dañada y los dientes que ya no tiene, las demás dolencias físicas, por las que se suele intervenir quirúrgicamente, desaparecieron cuando pasó de la condición de mujer atada constantemente a la cama a la de mujer libre que puede caminar, hablar, vestirse, salir e ir adonde quiera. Otras mujeres fueron incluso dadas de alta y reintegradas en la vida social. Parece una paradoja, pero hoy el 14 es tal vez el pabellón más tranquilo del hospital. Se derribaron las puertas y los muros, se eliminaron los medios de contención y la contención física, se convenció a las enfermeras de mantener abiertas las puertas y al mismo tiempo se eliminaron los psicofármacos. Se realizó una operación de educación de las enfermeras, para que dejaran de hacer chantajes. Hay que eliminar las estructuras físicas de represión pero también los medios farmacológicos y los psicológicos: este es el verdadero trabajo que se debe hacer en el manicomio. Partir de la «cámara de tortura» para llegar a la «residencia», como es ahora. Teresa es una entre muchas, pero era la que más miedo daba. Durante mis primeros meses en el «Osservanza» los médicos no hablaban de la liberación de cuarenta y cuatro personas

del pabellón 14, sino que hablaban del hecho de que Teresa B. no estuviera atada, hasta el punto de que un médico que la conocía bien me dijo: «Ten cuidado, un día puede atacarte y arrancarte los cojones». Esto es lo que pensaba de Teresa B. uno de los médicos responsables del manicomio. Ella no hizo daño a nadie, excepto durante los primeros períodos, cuando había muchas peleas; ahora ya no ocurre.

A veces sale, da una vuelta por Imola, pero no le interesa mucho, aunque puede ir cuando quiera. Ahora quiere sobre todo vivir en paz, está muy contenta cuando viene a visitarla algún familiar; tiene una hija, quien rara vez la visita. Teresa fue internada cuando tenía 21 años, después del nacimiento de su hija, durante el puerperio. Tras el parto, una mujer atraviesa un período difícil en el que puede encontrarse mal y necesita ser curada, porque cambia su situación hormonal, física y psicológica. Ella era una campesina pobre: era ama de casa y trabajaba en el campo. Se encontraba en un período de debilidad física y con problemas psicológicos normales en una mujer y seguramente ya no conseguía trabajar como antes. Entonces llamaron a un médico. A lo mejor era suficiente un simple período de descanso, pero el médico solicitó la intervención de un psiquiatra. La cogieron y la mandaron al manicomio. Un primer internamiento en Bolonia, donde fue tratada con *electroshock* y terapia insulínica, el segundo en Imola, donde lleva ya treinta y tres años.

6
HISTORIALES MÉDICOS

Contra la psiquiatría existe una «prueba documental» impresionante e incontrovertible por su intensa elocuencia: se trata de los historiales clínicos, de los que quiero aquí mencionar algunos, elegidos entre más de 150 y transcritos por Paola Cecchi. Son historias de tratamiento psiquiátrico de personas que en la actualidad viven en los pabellones «abiertos» de Imola, aquellos que están bajo mi responsabilidad.

Raramente documentos de este tipo salen a la luz. Considero importante que el mayor número posible de personas conozca estas historias y reflexione sobre ellas. Son documentos que hablan por sí mismos y demuestran *con hechos* la función represiva de la psiquiatría. Tras los diagnósticos más absurdos y carentes de fundamento siempre hay una historia de marginación y explotación social y cultural, de dramas familiares y afectivos. No hay que confundir la enfermedad mental con las enfermedades del cerebro que corresponden a la neurología. estas son enfermedades reales, que tienen una explicación fisiológica, y su cura

empieza precisamente cuando termina la psiquiatría, cuando se supera el prejuicio de la enfermedad mental.

Cualquier otro comentario me parece superfluo. Solo añado que es necesario evitar caer en la trampa habitual, que dice «estas cosas ya no se hacen», porque no solo se siguen haciendo sino que forman parte de las metodologías de cura de las que tampoco los modernos manuales de psiquiatría han renegado.

Desde que empecé a trabajar en Imola, en agosto de 1973, suspendí cualquier anotación en los historiales de los pacientes de mis pabellones, rechazándolos en cuanto herramienta de control. Las historias que terminan con fechas más recientes se refieren a personas transferidas a mis pabellones tras mi llegada.

Italo R.

Admitido el 28/06/1951. Fecha de nacimiento: diciembre de 1922. Soltero. Profesión: chófer. Nivel de estudios: cuarto grado. Diagnóstico: esquizofrenia (catatónica).

Anamnesis: el hermano y la madre refieren que el joven era perfectamente normal antes de entrar en el ejército a tal punto que en seguida fue considerado apto para el servicio militar, estuvo en Albania, allí fue apresado y lo llevaron a Alemania en el campo de concentración de Hannover donde llegó a una condición de agotamiento orgánico [...]. Cuando volvió a casa ya no era el mismo: taciturno, sin energía [...].

Evolución y curación.

–29/06/1951– Admitido ayer a las 16:15. Entra en camilla, cuando le ayudan a ponerse de pie tambalea,

parece estar bajo el efecto de algún sedante, se deja desnudar pasivamente, se acuesta y ya no se mueve, permaneciendo con los ojos cerrados, alejado de todo. Su hermano ha informado que unos días antes se volvió taciturno, inerte, sin que le importara su trabajo: de vez en cuando salía para dar vueltas en bicicleta sin rumbo, mostrando despreocupación hacia el peligro: últimamente ha intentado arrojarse bajo un automóvil, sin ninguna explicación. Dudas de si ha tenido enfermedades venéreas, no bebedor. En el último período rechazaba también la comida y ha reaccionado contra los familiares. La noche pasada durmió poco: estuvo suspirando, habló solo durante un tiempo, afirma no recordar nada de los últimos días, luego ha tenido una actitud amanerada, se cubre la cabeza con la sábana, por momentos se tensa y cambia rápidamente de posición: una breve crisis de llanto, inmotivada [...].

–30/06/1951– Ha dormido más tiempo: más ordenado, sin embargo por momentos gestos o actitudes amaneradas, dice que necesita hacer ejercicio para sentirse mejor, ha notado una sensación de estiramiento en el cuello y los hombros, sonríe para sí, se alimenta con gusto, dice que no tiene nada que preguntar [...].

–02/07/1951– Está un poco menos agitado, más accesible, él mismo refiere tener la cabeza menos «hueca», contesta con buena disposición las preguntas que se les hace y en general es tranquilo y obediente. Más que imágenes delirantes organizadas, presenta interpretaciones morbosas y absurdas en relación con sensaciones corpóreas de distinto tipo. Por ejemplo, imaginaba que había unos animalitos dando vueltas entre los omóplatos. Por la noche no duerme mucho. Se alimenta.

–05/07/1951– Ha empezado la piroterapia, que tolera bien. Desde el punto de vista mental no se notan modificaciones apreciables. De todas formas, comportamiento tranquilo. Se alimenta. Por la noche descansa bien.

–10/07/1951– Se nota una mejora debido al tratamiento comenzado. El paciente presenta una menor insistencia con respecto a las sensaciones de su cuerpo. Su humor ha mejorado y se interesa por el ambiente y las personas que se le acercan. Se alimenta. Por la noche duerme.

–21/07/1951– Perduran las buenas condiciones mencionadas.

–04/08/1951– Visitado por el profesor Zanelli de Bolonia por cuenta de una compañía de seguros. Ha dado la impresión de estar mentalmente ordenado, pero bastante desafecto, fatuo, disociado, algo amanerado.

–28/09/1951-28/10/1952– [Notas imposibles de leer]

–10/06/1952– Segunda admisión. Tras el alta el paciente pasó un período de dos meses de relativo bienestar en que trató de volver a su oficio de chófer; sin embargo enseguida tuvo que abandonarlo, debido a que el paciente sentía su pensamiento atascado, y aún más la acción. De hecho, el paciente, al agravarse su estado, pronto se retiró a su casa, inerte, abúlico, obstaculizado en cualquier acción por una fuerza interior. Consciente de su estado, el paciente habría deseado que volvieran enseguida a ingresarlo, si uno de sus hermanos no se hubiese opuesto. También los familiares notaron ese bloqueo, ya que el enfermo permanecía inerte, mutacista, rechazaba la comida, no quería salir de casa, dormía poco, hasta tal punto que tuvieron

que convencerse y reconducirlo aquí. De hecho, en el momento del internamiento el paciente presentaba un estado de parcial paro psicomotor con mutacismo, lentitud de movimientos, ausencia de iniciativa en la acción, sensación de presencia de la enfermedad y deseo intenso de terapia.

–13/06/1952– Continuamente cerrado y poco accesible, inerte en la acción, responde con dificultad a las preguntas que se le hacen, siente moderado aturdimiento de cabeza, duerme y se alimenta con regularidad.

–16/06/1952– Sustancialmente estacionario. Persiste el estado de parcial paro psicomotor.

–17/06/1952– Ha sido trasladado al pab. 17.

–10/03/1954– En la actualidad se encuentra mejor. Se le ha administrado un ciclo de terapia de *electroshock* que ha disminuido un poco su estado de parcial paro psicomotor. En la actualidad sigue cerrado, poco accesible, casi siempre callado, pero permanece levantado y ayuda a los pintores a raspar las camas, demostrando buena actitud y habilidad.

–11/05/1955– Persiste el paro psicomotor de tipo catatónico, pero el enfermo permanece levantado y está bastante limpio y obediente. Mutacista, desafecto, inerte, conserva la sensación de las necesidades orgánicas y se alimenta con apetito. Pasa al pab. 7.

–14/05/1955– Por motivos de disponibilidad de plazas es trasladado al pab. 9.

–15/05/1955– Pasa al pab. 13.

–19/07/1956– Al notarse un empeoramiento del estado psicofísico pasa al pab. 17.

–07/08/1956– Pasa al pab. 14.

–28/08/1957– Es trasladado al pab. 9 debido a la condición de paro psicomotor.

–29/04/1959– En estado de avanzada demencia. Adaptado al ambiente, anafectivo, apático, mutacista, inerte. Ideación lenta, no expresa ningún concepto o razonamiento completo.

–29/04/1959– Indiferente a todo. Por momentos alucinado. Bastante correcto en el comportamiento. Es tranquilo y no tiene impulsos. Se alimenta con regularidad. Condición física general buena.

–02/04/1960– Ha presentado de manera repentina un acto impulsivo, precisamente ha intentado golpear con un banco a otros internados, ha acabado golpeando la pared con bastante violencia, suficiente para romper el mismo banco. Por lo tanto es trasladado en la fecha de hoy al pab. 11.

–02/10/1960– No ha vuelto a manifestar actos impulsivos. Se mantiene calmo y pasivamente adaptado al ambiente, mostrándose indiferente a todo, inerte, un poco ralentizado en cualquier manifestación psicomotriz. Condición física general buena.

–?/7/1962– Considerablemente ralentizado, pero calmo y bastante accesible. Se alimenta y duerme suficientemente.

–?/4/1963– Se ha agravado mucho la condición de paro psicomotor, a tal punto que ya no ha querido levantarse. Además, se niega a alimentarse. Hay que detenerlo parcialmente cuando de repente sale de la cama y arremete contra los demás internados o contra el personal.

–?/12/1963– En general estacionario. Se ha aplicado un tratamiento reconstituyente ya que está físicamente agotado.

–?/?/1964– Relativamente accesible, por momentos condición de paro psicomotor. Persiste impulsividad esporádica.

–?/?/1965– Estado psíquico esencialmente estacionario.

–?/05/1966– Tras un breve período de tratamiento con Talofen y sucesivamente [ilegible] [...]. Ligera mejora del estado.

–?/?/1967– [ilegible].

–?/?/1968– Comportamiento estable, la condición física ha empeorado.

–20/12/1969– En la actualidad toma 2 Melleril 50 por día. Ninguna modificación apreciable del estado psíquico y del comportamiento.

–1970-1971-1972– [Notas breves, casi ilegibles, en referencia a las terapias farmacológicas].

–15/03/1973–Tranquilo, adaptado: suficientemente lúcido y ordenado. Se podría intentar darle el alta.

–15/09/1973– Estado psíquico estacionario. En la actualidad no presenta indicios de peligrosidad.

–11/01/1974– Estable.

–31/03/1974– Ha manifestado impulsividad atacando a otro paciente, luego a un enfermero que intentaba calmarlo. Cuando se le pregunta sobre este tema no contesta para justificar su gesto. ¿Crisis psicosensorial? Empieza Neoleptil.

–24/04/1974– No ha vuelto a manifestar impulsividad. Siempre apartado, callado, con una actitud catatónica.

–07/07/1974– Apartado, callado, permanece inmóvil durante horas, con la cabeza reclinada, casi siempre en rincones del patio o del comedor. Cuando se le pregunta sobre su actitud no contesta o contesta con un «no sé».

–12/09/1974– Comportamiento estable. No habla espontáneamente, contesta adecuadamente, aunque

tras mucha insistencia, cuando se le interroga, mostrando lucidez mental.

–28/11/1974– Sigue presentando una actividad psicomotriz ralentizada, a menudo con una actitud catatónica. Por momentos alucinatoria. Ausencia de manifestaciones impulsivas.

–03/03/1975– Condición física buena. Se alimenta con regularidad y en cantidad suficiente. Ritmo sueño-vigilia normal.

–18/05/1975– No hay modificaciones sustanciales del cuadro psíquico.

–13/08/1975– Terapias actuales: Neoleptil (10 gtt). Talofen 25 mg [...].

–25/09/1975– Pasivamente adaptado al ambiente, suele estar callado y apartado, pero tranquilo.

–15/10/1975– Ausencia de manifestaciones impulsivas o agresivas.

–07/11/1975– Considerando la no peligrosidad actual del paciente se propone la transformación del internamiento forzoso en voluntario.

–02/04/1976– Estado estacionario.

–24/09/1976– 1ª vacunación antitetánica con carácter preventivo.

–27/10/1976– 2ª amp. H Atetal.

–10/12/1976– Administración de gamaglobulinas para la profilaxis de la hepatitis (en total tres ampollas). En el plano psíquico sigue encerrado en sí mismo, ralentizado, pero calmo y educado.

–10/02/1977– Esta mañana no presenta elementos de especial importancia.

–14/03/1977– Callado, sin embargo si se le interroga responde bastante adecuadamente, se comporta de manera tranquila y educada. Intereses e iniciativa empobrecidos.

–26/04/1977– Ninguna modificación relevante que señalar.

–04/06/1977– Condición estable.

–30/07/1977– Cuadro de importante empobrecimiento mental, sin embargo comportamiento tranquilo y educado. Los familiares que han venido a verlo o que han sido convocados no han estado dispuestos a aceptar al paciente en la familia.

–12/09/1977– Sigue cerrado, apartado, con evidentes notas de empobrecimiento de la personalidad, como si estuviera ralentizado, pero educado y gobernable.

–11/10/1977– Al experimentar molestias difíciles de definir, entre las cuales dolores en la zona precordial, se le ha realizado un ECG de control: no patológico. Buenas condiciones generales de nutrición. Examen clínico esencialmente negativo.

–14/10/1977– No ha vuelto a sufrir los síntomas arriba mencionados. A veces se vuelve prácticamente inaccesible durante las entrevistas; sigue teniendo un comportamiento educado.

–30/11/1977– Estable.

–10/01/1978– Cuadro psicopatológico habitual.

–09/03/1978– Ha empezado a tomar una pastilla… hasta la fecha sin resultados apreciables.

–14/04/1978– Siempre poco accesible, encerrado en sí mismo, apartado, sin embargo con un comportamiento correcto. Ha empezado un intento de cura con… 200 mg.

–16/05/1978– Ninguna modificación relevante.

–30/06/1978– Antiguo cuadro disociativo, con accesibilidad muy escasa y ralentización psicomotriz.

–15/07/1978– Desorden en el cuidado personal, indiferencia, abulia, escasa accesibilidad durante la en-

trevista. Está mentalmente lúcido, pero pobre en ideas, sentido crítico y capacidad de razonamiento.

–12/08/1978– Condición física buena.

–09/09/1978– Terapia en curso: Equidil 200 mg (2 comp.); Disipal (2 comp.); Talofan (30 gtt); Neoleptil (20 gtt); Effortil.

–23/10/1978– Comportamiento tranquilo aunque el paciente permanece apartado, callado y posiblemente alucinado.

–05/11/1978– Estable.

–20/12/1978– El paciente permanece levantado durante el día, pasea siempre solo fuera del pabellón. Por la noche duerme.

–10/01/1979– Comportamiento estable.

–15/02/1979– Ocasionalmente hosco, irascible, también impulsivo; durante estos momentos pide a menudo que se le contenga con correas en las muñecas.

–24/03/1979– Ninguna modificación relevante.

–08/04/1979– Buena condición física.

–18/05/1979– Callado, apartado, tranquilo.

–20/06/1979– Falto de iniciativa, intereses, voluntad; con ideas limitadas e incoherentes.

–12/07/1979– Condición estable.

–27/08/1979– Actividad psicomotriz ralentizada, a veces actitud catatónica o alucinatoria.

–11/09/1979– Estacionario.

–21/10/1979– A veces impulsivo.

–11/11/1979– Terapia inalterada.

–13/12/1979– Buena condición física.

–05/01/1980– A menudo en actitud catatónica; menos impulsivo.

–17/02/1980– Estable.

–30/03/1980– Siempre poco accesible durante la entrevista; a menudo las respuestas son adecuadas.

–11/04/1980– Estacionario.

–15/05/1980– Vacunoprofilaxis antitífica.

–20/06/1980– Comportamiento autista invariable.

–02/07/1980– No se señalan datos relevantes.

–04/08/1980– Callado, apartado, alucinado, menos impulsivo.

–14/09/1980– Actividad motriz ralentizada, abúlico, a menudo querría quedarse en la cama durante todo el día.

–22/10/1980– Estable.

–12/11/1980– No se señalan datos relevantes.

–10/12/1980– Estacionario.

–08/01/1981– A veces con actitud catatónica, negativista.

–24/03/1981– Mutacista, apartado, pero tranquilo.

–10/04/1981– Buena condición física.

–07/05/1981– Hosco, a veces alucinado, pero no impulsivo.

–18/06/1981– Sin razón, ha golpeado a un paciente con una silla, causándole una herida leve.

–01/07/1981– Tranquilo, desordenado.

–20/08/1981– Estable.

–16/09/1981– No se señalan datos relevantes.

Luciano C.

Admitido el 23/03/1957. Fecha de nacimiento: septiembre de 1946. Soltero. Profesión: inhábil. Nivel de estudios: analfabeto. Diagnóstico: oligofrenia cerebropática.

Anamnesis: el internado desde hace años muestra signos de desarrollo mental lento. Bastante violento e irritable. Padre suicida. La madre fue internada en

este instituto tras el suicidio del marido. Extrema indigencia familiar.

Evolución y curación.

–23/03/1957– El niño entra visiblemente excitado, hace falta contenerlo. Desnutrido y en malas condiciones.

–25/03/1957– Continuamente irritado. Pasa al pab. 16.

–04/03/1959– Ha aparecido estado febril (denuncia 07/03/1959).

–17/04/1959– La enfermedad infecciosa ha desaparecido en 40 días, en la actualidad las condiciones físicas van mejorando. Es grave el detenimiento del desarrollo psíquico, no es capaz de expresarse, tiene un comportamiento desordenado y a veces es necesario contenerlo debido a la continua masturbación. Es trasladado a la C.E.

–25/11/1959– Oligofrénico, necio, sucio, desordenado, no posee lenguaje articulado. Condiciones físicas mediocres. Pasa al pab. 15.

–23/11/1960– Por cuestiones de disponibilidad de plazas es trasladado al pab. 1.

–06/12/1960– 1-15.

–20/07/1961– Pab. 15, oligofrénico en discretas condiciones físicas, por momentos sobreexcitado. Desarrollo físico normal. Lo mantienen levantado casi constantemente.

–30/12/1962– Estado estacionario. Condiciones de desarrollo somático normal. Se alimenta con regularidad.

–20/10/1963– A veces se le receta algún sedante; el comportamiento sigue siendo muy irregular. Len-

guaje articulado casi ausente. Es difícil de gobernar. Condición física buena.

–30/11/1964– Condiciones psicofísicas estables. El comportamiento sigue siendo animado e irregular. Se consigue mantenerlo levantado también durante la estación fría en las salas superiores. No resulta posible hacerlo en el salón, debido a que molesta a los demás pacientes.

–25/01/1965– Empieza la vacunación antipolio. [Indescifrable]. Terapia antiepiléptica.

–07/03/1965– Ha sufrido estado febril. En la actualidad [...] el desarrollo somático es normal. A veces es irrequieto y se lo inmoviliza y cura con neurosedantes (Largactil).

–30/10/1965– Esencialmente estacionario. Sigue siendo difícil de gobernar, con percepción escasa. A veces molesta a los otros pacientes y estamos obligados a mantenerlo en la cama. Terapias neurosedantes.

–20/11/1966– Se ha hecho daño en la muñeca al caerse en el pabellón. [Ilegible].

–15/04/1967– P. 15-19.

–15/04/1967– Condición física buena. Estado psíquico y comportamiento estacionarios. Por cuestiones de disponibilidad de plazas es trasladado al pabellón 19.

–18/03/1968– Grave cuadro oligofrénico. Crisis de excitación durante las cuales es necesario contenerlo.

–04/02/1969– Ninguna modificación relevante.

–04/04/1970– Vida vegetativa, desordenado, sucio. Necesita atención constante.

–28/03/1971– Cuadro oligofrénico estable. Condiciones físicas discretas.

–25/09/1971– Comportamiento acrítico, fatuo y necio, desordenado rasgador. Manifiesta agitación motriz, vociferación nocturna. Terapia Largactil, Gardenal.

–27/09/1971– (Desde hace aproximadamente veinte días está más excitado de lo habitual). Llega con facilidad a tener discusiones. Pasa al pab. 9.

–05/10/1971– Al persistir la agitación motriz, es trasladado al pab. 11.

–06/11/1971– Inquieto, desordenado, en particular si está aislado, rasgador, sucio. Es trasladado al pab. 15.

–07/01/1972– En constante excitación, rasgador con grave desorden del comportamiento en particular cuando se lo inmoviliza.

–09/04/1972– Levantado presenta problemas de conducta debido a que a veces molesta y empuja a los demás pacientes. [Ilegible].

–20/10/1972– Vacuna contra la gripe. Condiciones estables.

–15/03/1973– Ha padecido bronquitis catarral. En la actualidad ha mejorado. Desordenado pero no agresivo. Terapia actual: Neoleptil + Largactil.

–04/08/1973– En la cama durante unos día debido a un furúnculo en el pie izq., se levanta en condiciones de buena nutrición. Desordenado pero luego gobernable, terapia [Ilegible].

–28/08/1973– Administrada 2ª amp. Anatetal.

–15/11/1973– En general menos inquieto y desordenado.

–09/021974– A menudo tiene momentos de inquietud y desorden. Condiciones físicas generales discretas.

–31/03/1974– Administrada profilaxis con gamaglobulinas contra la hepatitis viral.

–10/05/1974– Ninguna modificación relevante que señalar.

–03/08/1974– Gamaglobulinas.

–12/08/1974– [Ilegible].

–20/01/1975– Desordenado, no manifiesta ninguna agresividad, si se le orienta correctamente es relativamente obediente. Condición física buena.

–08/03/1975– Condiciones estables. Debido a las reformas del departamento es trasladado al pab. 11.

–24/04/1975– Alto grado de carencia psíquica. De momento no presenta ningún tipo de peligrosidad. De todas formas, necesita atención constante al no ser en absoluto autosuficiente.

–22/12/1975– Solicitada transformación en internamiento voluntario.

–20/02/1976– Ninguna variación significativa.

–21/05/1976– Desordenado, sucio, precisa de asistencia. Sin embargo no presenta peligrosidad de ningún tipo.

–12/11/1976– Ninguna modificación relevante que señalar.

–10/12/1976– Administrada gamaglobulina.

–15/01/1977– Estacionario.

–10/03/1977– Condición esencialmente estable.

–20/04/1977– Siempre bastante desordenado, con la tendencia a alimentarse más de lo normal y de forma inapropiada, a veces transitoriamente inquieto, pero no agresivo ni impulsivo.

–02/06/1977– Ningún hecho nuevo relevante que señalar.

–30/07/1977– Tras un período en el que ha mostrado mayor inquietud, ha vuelto más o menos a las condiciones habituales.

–12/09/1977– Estacionario.

–10/10/1977– Ninguna modificación relevante que señalar.

–30/11/1977– Cuadro habitual de oligofrenia de grado relevante, con manifestaciones puntuales de inquietud, sin momentos de agresividad o impulsividad. Condiciones generales de nutrición buenas.

–04/01/1978– Condición esencialmente estable.

–14/02/1978– Ninguna modificación relevante que señalar.

–26/05/1978– [Ilegible].

–01/07/1978– Estacionario, no da lugar a nuevas observaciones relevantes.

–12/08/1978– Grave oligofrenia, no se presta en absoluto al diálogo, tranquilo, sucio.

–21/09/1978– Condición física buena. Tiene en la boca y mastica objetos varios, que no ingiere.

–05/10/1978– Lleva una vida exclusivamente vegetativa.

–18/11/1978– Desordenado, sucio, pero no impulsivo.

–20/12/1978– Por la noche duerme. Se alimenta abundantemente.

–15/01/1979– Terapia en curso: Neoleptil (10 gtt), Valium (15 gtt x 2).

–19/02/1979– Comportamiento esencialmente estable.

–24/03/1979– Tranquilo, no impulsivo, sin embargo muy desordenado.

–16/04/1979– Cuadro mental de grave oligofrenia estacionario.

–04/05/1979– Condición física buena.

–11/06/1979– Muy sucio, desordenado.

–28/07/1979– A menudo fuera del pabellón, no manifiesta tendencia a alejarse.

–13/08/1979– Ningún dato relevante que señalar.

–22/09/1979– Oligofrenia habitual con la persistente tendencia a tener en la boca objetos de distinto tipo (papel, trozos de madera, etc.).

–18/10/1979– Estable.

–21/11/1979– Condiciones generales de nutrición buenas.

–01/12/1979– Por la noche duerme, durante el día está tranquilo.

–14/01/1980– Muy sucio, desordenado.

–09/02/1980– Lleva una vida exclusivamente vegetativa.

–17/03/1980– Estable.

–15/05/1980– Profilaxis con vacuna antitífica.

–02/06/1980– El paciente padece diarrea, sin síntomas objetivos a nivel del aparato digestivo.

–04/06/1980– Debido a la aparición de fiebre se asocian antibióticos a los antisépticos intestinales.

–05/06/1980– Debido a la persistencia de la sintomatología y a la aparición de sangre en las heces, el paciente es ingresado en el hospital de Imola.

–10/06/1980– Dado de alta en el hospital de Imola, regresa al pabellón con el diagnóstico de cólico abdominal debido a obstrucción fecal por alimentación impropia (bayas, arbustos, raíces y trozos de madera).

–20/06/1980– El paciente se encuentra mejor. Sigue la terapia prescrita por el hospital: semicupios 2-3 veces al día de emulsión de aceite de vaselina.

–15/07/1980– Condición física buena.

–10/08/1980– Cuadro de grave oligofrenia estacionario.

–30/06/1984– Consulta quirúrgica. Extracción de la ampolla rectal de material fecal con trozos de madera triturada.

Vittoria M.

Admitida el 3 de diciembre de 1954. Fecha de nacimiento: 16 de septiembre de 1923. Soltera. Profesión: doctora en medicina y cirugía.

Diagnóstico: esquizofrenia.

Anamnesis: [imposible descifrar las palabras].

Evolución y curación:

–03/12/1954– La paciente entra en el instituto aparentemente tranquila, al médico que la interroga le responde con sentido lógico, habla de forma bastante detallada de sus molestias, afirma tener capacidades telepáticas. En respuesta a las preguntas del médico confirma con insistencia su desorden mental, mostrándose confiada en una rápida recuperación. Aspecto normal, comportamiento disciplinado y tranquilo.

–04/12/1954–La paciente ha pasado una noche tranquila, ha dormido, su comportamiento y su pensamiento permanecen estables. Ha comido.

–14/12/1954– Es trasladada al pab. 8 para administrarle la terapia insulínica.

–15/12/1954– Empieza en el día de hoy la insulinoterapia.

–29/12/1954– Muestra una fuerte resistencia a entrar en coma. Con 320 ui. Solo tiene una profunda sensación de inquietud.

–12/01/1955– Con 420 ui. ha alcanzado el coma. Al despertarse, tal vez debido a la dosis alta, se siente fuertemente debilitada. Hosca con el personal, del que piensa que podría suministrarle alimentos y sustancias envenenadas.

–03/02/1955– Dadas las dificultades de alcanzar el coma, se empieza la terapia combinada con el *electroshock*.

–11/03/1955– Mentalmente adormecida, progresiva decadencia. Acrítica, necia, con ideas delirantes de persecución e influencia. A menudo culpa a los médicos y al personal. Sigue la insulinoterapia en combinación con el *electroshock*.

–07/05/1955– Se han realizado, en total, 18 accesos convulsivos combinados con otros tantos comas. En total, ha entrado en coma solo 18 veces, alcanzando el precoma casi cada día. Al inicio de la terapia combinada se notó una mejora significativa que, sin embargo, fue de corta duración.

–11/06/1955– Aparece muy degradada mentalmente y con ataques psicosensoriales que la vuelven hosca, desconfiada, totalmente carente de sentido crítico. Pasa al pab. 10.

–22/10/1956– El estado mental de la enferma varía solo ligeramente tras aplicaciones de *electroshock*. A menudo es desordenada, necia, incoherente, sitófoba [aversión a la comida].

–01/03/1957– Se han realizado otros *electroshocks* con mejora transitoria. Sometida a inyecciones de Largactil. Sigue necia, incoherente, sucia.

–05/12/1957– Importante deterioro mental. Pasa al pab. 8.

–04/12/1958– Siempre bajo la influencia de ideas delirantes, cree que la comida está envenenada, tiene miedo a todo, se siente contagiosa y por eso está apartada. Condición física buena.

–20/02/1959– Desde hace varios meses se queda siempre en la cama. Se alimenta únicamente con líquidos (caldo). A veces sucia y desordenada. No se interesa, no responde a ninguna pregunta. Claro y progresivo deterioro de las condiciones físicas.

–14/05/1959– Sitófoba, negativista, a veces sucia. Condiciones físicas muy deterioradas (además de las curas, se le administran hipodermoclisis de vitaminas, en días alternos).

–20/11/1959– Condiciones mentales habituales. Sigue siendo sitófoba. Condiciones físicas muy deterioradas.

–20/01/1960– En la actualidad se alimenta espontáneamente. Las condiciones físicas han mejorado. A menudo clamorosa y alucinada.

–26/02/1960– Ninguna modificación del estado mental. Se alimenta espontáneamente.

–05/05/1960– De nuevo sitófoba. Durante la noche clamorosa por momentos. Condiciones físicas deterioradas.

–13/05/1960– Escupe continuamente, actitud inconveniente. Pasa al pab. 14.

–14/06/1960– Alterna períodos de cierto bienestar con períodos de excitación y sitofobia.

–08/02/1961– La enferma parece más ordenada y equilibrada tras empezar terapia con Serenase.

–14/04/1961– Se encuentra claramente mejor. Las capacidades intelectuales son discretas a pesar de que las facultades físicas se hayan debilitado. Pasa al pab. 16.

–28/07/1961– Tras un período de relativo bienestar, desde ayer ha vuelto a una estado delirante-ansioso: siente salir de su cuerpo un fluido que hechiza a las personas que están cerca de ella.

–15/12/1961– Últimamente sigue teniendo sus ideas delirantes, lleva una semana siguiendo una terapia con Faseina (3 comp. al día) y con psicoterapia; la paciente dice «que ya no está hechizada y que no hechiza». Un poco más equilibrada también en el humor.

Físicamente se encuentra bastante bien, un poco anémica, sigue una terapia con extracto hepático.

–25/06/1962– Ha pasado algunos meses estando relativamente bien, iba a trabajar en el guardarropa. Ya no presentaba ideas delirantes, capacidad crítica buena, ahora ha tenido una recaída, de vez en cuando es necesario mantenerla en la cama. Faseina y Talofen.

–05/08/1962– Hace unos días empeoró; anorexia, es necesario alimentarla por sonda. Sobreexcitada, es necesario contenerla. Es enviada al pabellón 14.

–18/03/1963– En este período ha sido sometida a breves ciclos de *electroshock*, que la reordenan bastante. El otro día tuvo un repentino arrebato impulsivo e inmotivado. En general ninguna mejora del estado mental, que sigue alucinado y delirante.

–13/09/1963– Ninguna modificación apreciable del estado mental: presenta una ausencia absoluta de las nociones de medicina y cirugía, así como de la especialización en pediatría. A menudo inerte, indiferente, a veces con manías religiosas.

–07/06/1964– En la actualidad bastante tranquila, sin embargo sin conciencia de su propia existencia, a veces se adapta a hacer servicios humildes. [Ilegibles 20 líneas del historial].

–30/02/1968– Bastante tranquila. Sigue disociada. Orientada en el espacio y en el tiempo. No molesta. Se alimenta con regularidad.

–04/06/1970– Cuadro psicofísico estacionario. Terapia: Largactil 100 + 100 + medio Letargin por la noche.

–?/?/1971– La paciente está orientada en el espacio y en el tiempo. Parece bastante coherente, sin embargo durante la entrevista se evidencian elementos delirantes y alucinaciones auditivas. Afirma ser dominada a veces por impulsos demoníacos que

consigue rechazar. Se nota también un cierto grado de alucinación mental. Terapias en curso: Largactil 100 + 100, Letargin ½ comp. por la noche.

–15/01/1972– Suspendidas todas las terapias psicofarmacológicas durante 10 días a la espera de empezar un nuevo tratamiento con fármaco MD 7 332. Solicitadas pruebas de rutina.

–10/02/1972– Reanuda la terapia con Largactil por falta de tratamiento con fármaco MD 7 332. La paciente está más agitada e impulsiva.

–17/08/1972– Condiciones mentales habituales: disociada, alucinada, delirante, impulsiva (por momentos). Comportamiento estereotipado e infantil. Largactil 100 + 100, Letargin ½ por la noche.

–01/02/1973– P.A. 200. Ha sufrido una indisposición, se ha recuperado enseguida. Condiciones mentales estables.

–02/03/1974– Al llevar la paciente mucho tiempo institucionalizada y suficientemente tranquila y no presentando en la actualidad signos de peligrosidad, se propone la transformación en paciente voluntaria.

–19/04/1975– Estado febril. Catarro en todos los [...] pulmonares [...] Sobrepin [...].

–23/04/1975– En la fecha de hoy es ingresada en el hospital civil por bronconeumonía (pruebas de distinto tipo en el hospital).

Segundo internamiento (Regreso del hospital civil).

–07/05/1975– Regresa del hospital civil psíquicamente estable, terapia recomendada [...].

–16/04/1977– Psíquicamente estable. Paciente institucionalizada. Glucemia 135. Azoemia 10.

–08/07/1978– Humor extremadamente variable: en un momento accesible y cordial, poco después

extremadamente nerviosa. No acepta recomendaciones acerca de las limitaciones cualitativas de la dieta, debidas a su condición de diabética.

–13/08/1978– Glucemia: 104, condiciones estables.

–12/09/1978– Ningún dato relevante que señalar.

–09/10/1978– Glucemia […].

–19/10/1978– Enviada al hospital civil por visita con el especialista […].

[Encontramos siete anotaciones que se refieren exclusivamente a las condiciones físicas de Victoria y a un ingreso en el hospital civil por bloqueo renal agudo].

–03/04/1979– Examen fotorradiográfico de seguimiento. Más tranquila.

–25/05/1979– No acepta limitaciones en la dieta.

–14/06/1979– A menudo hosca, a veces agresiva.

[El historial sigue con muchas anotaciones acerca de las pruebas de la glucemia y la azoemia y termina].

–24/03/1982– Cuadro de deterioro mental esencialmente estable.

Bianca B.

Admitida el 8 de noviembre de 1927. Fecha de nacimiento: 16 de agosto de 1910. Soltera. Analfabeta.

Diagnóstico: locura-epilepsia motora con carácter epiléptico no verificada y oligofrenia cerebropática con insuficiencia mental de grado medio (sujeta a violencia carnal, ¿habría podido resistirse? Véase informe pericial).

Evolución y curación.

–09/11/1927– Llegó ayer por la mañana, procedente de Cesena, acompañada por un agente de la comisaría con el auto del juez del tribunal de Forlí para someterla a un informe pericial psiquiátrico. Al llegar estaba tranquila y aceptó desnudarse y acostarse. Ahí se quedó, tranquila, ordenada, mirando a su alrededor con una curiosidad nerviosa, sin embargo sin mostrar preocupación por el hecho de encontrarse en un lugar de este tipo, ni afectada por el espectáculo poco común de enfermas desordenadas o agitadas. Responde a las preguntas con buena voluntad pero con cierta inseguridad, a veces tiene dificultad a la hora de expresarse, debido a que vivió durante muchos años en América (estado de São Paulo en Brasil) desde que era niña y lleva solo ocho meses en Italia, habla en italiano con ciertas dificultades y le cuesta encontrar las palabras apropiadas. Sin embargo, sus respuestas demuestran que está lúcida y en general orientada; sabe decir su propio nombre y apellido, su edad, sabe el nombre de su padre y el nombre (Angelina) de su madre, pero no el apellido. Sabe que vive en Cesena, en via degli Abruzzi (ella dice Alpizzi) número 2; desconoce dónde se encuentra, porque nadie se lo ha dicho, afirma ella. Cuando se percata de que está en el hospital parece muy sorprendida. Dice haber estudiado hasta segundo grado, pero no sabe cuántos meses hay en un año, así como desconoce las estaciones y el mes en que estamos. Al preguntarle acerca de su pasado cuenta haber vivido muchos años en Brasil y que hace ocho meses volvió a vivir con su padre, pero desconoce la razón, dice que pronto deberán volver a América. De momento no se le pregunta acerca del asunto sexual que constituye la razón del informe pericial, y ella no habla

del tema de forma espontánea. Habla espontáneamente de los dolores de cabeza y [palabra incomprensible] que sufrió en el pasado, que a veces si se encontraba de pie hacían que se cayera. Más no sabe decir. Ha dormido toda la noche. Esta mañana está tranquila, dócil, responde como ayer a las preguntas, tiene humor sereno, no está preocupada de encontrarse aquí, tampoco pregunta la razón. De momento parece un poco impresionada al ver ciertas enfermas agitadas y pide levantarse, salir al patio, que la traslademos a otra crujía. Ha comido con gusto.

–11/11/1927– Comportamiento tranquilo y compuesto. Permanece levantada durante el día entreteniéndose con las compañeras de sala con una discreta sociabilidad. A veces tiene mal humor, gruñona, de pocas palabras, otras veces dice una cierta cosa repitiéndola con insistencia en particular con las enfermeras y el médico, hasta volverse molesta. Ahora se queja de que debe estar aquí, dice que se aburre y que quisiera ir a casa de su padre, para ayudarlo a hacer las tareas de la casa. Aquí no quiere hacer nada y no se dedica a ningún trabajo, hemos intentado con las labores de punto o la costura, sin resultado, un poco porque no tiene ganas, un poco porque parece incapaz. En las respuestas muestra lucidez y capacidad de orientación, sin embargo, está insegura con las fechas y a menudo tarda en entender, muestra una inteligencia bastante lenta, con frecuencia es irracional ante situaciones sencillas. Sueño irregular, tiene buen apetito.

–14/11/1927– Estos días se ha mantenido tranquila, compuesta, limpia, pero siempre indolente, inerte, ociosa, sin embargo dice que le gustaría trabajar y que aquí se aburre. Puesta en situación de hacer algún trabajo, no consigue hacerlo. Se disculpa diciendo que

trabajaría en casa, ayudando al padre. Estos últimos días ha insistido de forma reiterada que la mandemos a casa pronto, ya que desconoce la razón por la que debe quedarse aquí, donde ya no quiere estar. Cuando se le dice que es necesario que permanezca algún tiempo para ser estudiada, parece no entender y repite con su insistencia habitual que no quiere escuchar: «quiero ir a casa, mándeme a casa ya». Hoy se ha quejado del dolor de cabeza, esta mañana estaba bastante inquieta, no encontraba paz, daba vueltas de un lado a otro sin rumbo, pero con evidente inquietud. Parecía un poco atontada, más lenta en entender y contestar, por la tarde estaba más tranquila y rápida.

–17/11/1927– A pesar de estar tranquila y comportarse con compostura, sigue mostrándose fatua y extraña, siempre indolente y ociosa. No resulta posible mantenerla ocupada con algún trabajo, aunque sea simple. Sigue repitiendo una y otra vez la misma cosa, de forma monótona e insistente, ignorando toda amonestación y toda razón. Particularmente insistente en pedir volver a casa, y a pesar de que se trate de hacerle entender que eso será posible pronto, pero no ahora, ella no se rinde y responde repitiendo su solicitud con las mismas palabras cadenciosas, con la misma cantinela. Come y duerme con regularidad.

–19/11/1927– Convocada a la consulta del médico e interrogada.

Pregunta: —¿Cómo va?

Respuesta: —No muy bien.

P.: —¿Qué te pasa?

R.: —Nada.

P.: —¿Entonces, qué dices?

R.: —Que estoy bien.

[Al preguntarle contesta]

—Mi papá se llama B. Francesco, mamá no tengo, ha muerto, se llamaba Angelina T.; murió cuando era pequeña; estábamos en América, Brasil, en Belo Horizonte. Yo tengo 17 años, cumplidos el 15 de agosto, no sé en qué año nací, fui a la escuela en Brasil, enseñaban también italiano. Terminé primer y segundo curso, no fui a tercero porque mi tía me mantuvo en casa. Tengo dos hermanos, uno de 22 años, el otro de 15. Ahora están en Brasil con los tíos. Yo he vuelto a Italia con mi papá el 16 de marzo de este año, ahora estamos en 1900…, no recuerdo… estamos en octubre, estamos a 22 de octubre y es sábado, mañana es domingo, no recuerdo en que día llegué aquí, me parece que un miércoles, era a principios de octubre, no recuerdo exactamente.

He llegado de Cesena, me ha acompañado un señor que está casado y conoce a mi papá, tiene un *escritorio que escribe*, no me dijo por qué me traía aquí. Este lugar… no sé… un hospital de locos, me parece que están enfermos de los nervios. *¿Son locos?*

Respuesta: —Puede ser.

Yo estoy bien, no hago nada. Yo también tenía nervios, pero no ahora, en América cuando estaba con mi tía me enfadaba. Me dolía la cabeza y me daba puñetazos en la cabeza, y a veces por la rabia me caía al suelo, pero ahora ya no tengo nada y quiero irme con mi papá. Ahora mi papá trabaja de albañil en Cesena, desde las 6 de la mañana hasta la noche. No sé en qué ciudad estamos. Si me deja ir, me voy a casa sola a pie. No sé a cuánto estamos de Cesena, ese señor me dijo que solo a un kilómetro.

—¿Cuánto es un kilómetro? ¿Cuántos metros?

—No sé, no recuerdo.

—¿Más de 100 metros?

—No, no. Déjeme ir a casa, iré andando.

—¿Cuántas horas se tarda en ir a Cesena?

—Para venir cogí el tren a las siete de la mañana y llegué aquí a las dos de la tarde. Andando tardaré un día; estoy acostumbrada a caminar incluso todo el día.

—¿Cuántas horas hay en un día?

—No sé.

—¿Qué hora es el mediodía?

—Se dice que las doce.

—¿A medianoche se ve como al mediodía?

—Sí que se ve.

—¿También sin luz?

—Sí, también sin luz.

—¿En un año cuántos meses hay?

—Un año tiene… son… no recuerdo… 8… 9… 10… no sé.

—Son doce, y ¿se llaman?

—Enero, etc. (los dice en orden correcto).

—¿Cuántos son los días de la semana?

—¿Una semana tiene treinta?... no… no sé…

—¿Cómo se llaman?

—Lunes, miércoles, martes, jueves, sábado, domingo.

—¿Cómo se llaman los dedos de la mano?

—Los dedos… En Brasil los llaman dedos… sin un nombre… ¿aquí cómo los llaman?

—Pulgar, índice… ¿No los sabes?

—No, no los sé.

—Prueba a contar.

—1, 2, 3, etc. (bien hasta veinte, incluso más).

—Prueba a contar de dos en dos, por ejemplo 2, 4, 6, etc.

—2, 4, 6, 9, 10, 12, 15, 16, 19, 21, 23, 26, 27, 28, 30, 32, 39. ¿Está bien?

—¿2 + 2?

—= 4.
—¿3 +3?
—= 6.
—¿4 + 4?
—= 8.
—¿8 + 8?
—… 19… 17…
—¿7 + 7?
—…18.
—¿6 + 5?
—= …10
—¿5 + 6?
—… son… ¿12? …sí, 12.

La Navidad es en diciembre… el 20… 20… no recuerdo; la fiesta de Pascua en el mes de… no recuerdo… no sé si enero o febrero. El reloj lo conozco (se lo enseña), son las 4:30 (son las 4:20). Lee exactamente las cifras de la esfera cuando se le pide hacerlo. Conoce las monedas italianas bastante bien. Monedas de 2 liras, de 1 lira, de 4, 2 y 1 sueldo. Es capaz de sumar pequeños importes, hasta menos de veinte, no siempre correctamente. No sabe cuántos céntimos hay en un sueldo, 2 sueldos, 4 sueldos. No sabe cuántos sueldos hay en una lira. Dice que en su casa (en Brasil) iba a hacer la compra, pero sin dinero, con una nota en la que estaba escrito lo que hacía falta comprar, sin pagar.

–22/11/1927– En los últimos dos días, aunque se ha mantenido tranquila, parece más lamentosa e insistente de lo habitual en pedir poder ver a su papá y volver a casa. Parece tener un humor bastante deprimido y estar más apartada y gruñona de lo habitual.

Hoy ha recibido una visita de su papá, en dos ocasiones. Esta mañana ha estado con él poco tiempo (aproximadamente 15-20 minutos). Lo ha recibido

con gusto, pero enseguida ha empezado a quejársele del hecho de tener que estar aquí, se ha quejado de la comida, del lugar, de la compañía, etc. Quería irse con su padre. Él la ha convencido de que volvería, y se ha resignado. Poco después del mediodía, de repente, la ha invadido una fuerte sensación de impaciencia. Quería irse inmediatamente para reunirse con él. Tras la oposición de las enfermeras la ha invadido un estado de agitación intensa: golpeó, arañó, intentó morder a las enfermeras. Mantenida en la cama siguió forcejeando, intentando escapar, reaccionando contra las enfermeras que estaban obligadas a contenerla. Esto ha durado unos diez minutos. Durante ese tiempo la joven ha seguido gritando y haciendo ruido, sin perder nunca el conocimiento ni experimentar momentos de ausencia o vértigo. Por la tarde ha recibido nuevamente al padre, estuvo calma. Cuenta ella misma la crisis de rabia que ha tenido unas horas antes, pide disculpas por ello a las enfermeras. Luego habla con su padre de cosas banales, insistiendo sobre todo en volver a casa con él. Tras prometer que ello ocurriría dentro de una o dos semanas, deja partir al padre sin montar una escena.

–23/11/1927– Durante la entrevista de esta tarde se ha mostrado tranquila, dócil, recuerda claramente el episodio de ayer, su reacción violenta contra las enfermeras que querían reconducirla al pabellón, el estado prolongado de irritación debido a la oposición del personal a su deseo de esperar al padre fuera, afirma que se trata de una de las crisis habituales que había sufrido muchas veces cuando los familiares la obstaculizaban en alguna cosa. Dice que se encuentra bien aquí, pero desea volver pronto a Cesena a casa del padre, luego a América. Quiere volver a vivir con sus hermanos y sus tíos, ya que aquí no tiene a ningún familiar. Según

dice, empezó a llorar para volver a su país el primer día que llegó a Italia. Recuerda haber hecho enojar a sus familiares. Quería hacerlo todo a su manera, se enojaba fácilmente, quería dar paseos, a menudo no tenía ganas de trabajar, entonces escapaba o lloraba o se golpeaba la cabeza o se arrancaba el pelo y la ropa o se tiraba al suelo; si vuelve quiere ser buena con todos. Sus menstruaciones parecen haber empezado el año pasado, pero no recuerda en qué mes, y desde entonces siempre han sido regulares: en América no tuvo ningún novio, no besó a nadie que no fuese un familiar. Poco después de llegar a Italia conoció a un zapatero, B. Paolo, su vecino: él era bueno, la quería, a menudo la invitaba a su casa donde trabajaba: pronto empezó a acariciarla, a besarla, a decirle que era guapa, que quería limpiarle y arreglarle los zapatos sin querer dinero a cambio; le pasaba las manos por encima del pecho, por encima de sus «tetitas», diciéndole que eran bellas y grandes: luego le puso las manos ahí abajo, llegando a introducirle un dedo en la vagina, diciéndole que no le haría daño, que tenía ganas de jugar un poco. Ella no lo dejaba siempre, pero a veces sí, dándole algunos besos. Finalmente, una única vez, la puso en la cama, le quitó las bragas, le introdujo el miembro en la vagina por lo menos parcialmente, llegando a eyacular y secándose con una toalla. Ella parece no haber sentido ni dolor ni placer, no notó hemorragia ni dolor posteriormente. La habría poseído solo una vez, mientras que habría repetido muchas veces caricias, besos y actos de masturbación. Nunca había visto a F.; sabía que era un amigo de su papá. Él la siguió por las escaleras para ver si su papá estaba, se metió en la casa, quiso entrar aunque ella no quería, le dijo que había una chica que la estaba esperando, luego él empezó a acercársele, la

acarició, le dijo que quería ir a la cama con ella, le prometió dinero, café y helado. Ella quería escapar, pero él insistió, hasta que se acercó a la ventana, cerró los postigos, cerró la puerta, la levantó en peso poniéndola en la cama, le quitó las bragas, le abrió las piernas. Ella intentó gritar, pero él le dijo que se callara, que no le haría daño; él se desabrochó, ella para no ver se tapó los ojos con las manos. Él llegó a introducir parcialmente el miembro en la vagina, pero no le dio tiempo a terminar el acto sexual porque llegó el padre, que empezó a gritar. También esta vez ella no sintió ningún dolor. Sobre las 10:45, tras haber molestado durante un tiempo (seguía repitiendo la misma cosa, preguntaba a las enfermeras varias cosas, se quejaba de que tenía dolor de cabeza, pedía con insistencia una purga, etc.), de repente se ha caído al suelo, sin gritar, poniéndose intensamente pálida y presentando contracciones clónicas en todos los músculos, con rigidez completa de los músculos de la espalda y del cuello, sin arco de círculo, con sacudidas clónicas en los párpados y los músculos de la cara, sin baba en la boca, sin morderse la lengua, sin perder las heces ni la orina, con aparente pérdida completa del conocimiento. Cuando ha sufrido el ataque estaba sentada a una mesa haciendo punto, se ha caído con violencia hacia atrás sin hacerse daño ni lesionarse. Las sacudidas generales han durado solo 15-20 segundos, luego la enferma se ha levantado por sí misma y ha empezado a dar vueltas por la sala de manera confusa, farfullando palabras embarulladas, tal vez en portugués, como si estuviera buscando algo. Las enfermeras le han preguntado qué estaba buscando, pero ella ha seguido dando vueltas farfullando para sí misma, aparentando no entender las preguntas y desconocer quién se las hacía. Ha seguido así durante

unos diez minutos, luego ha recobrado su color, se ha sentado de nuevo un poco apartada de las demás con actitud tranquila: a la hora del almuerzo ha comido regularmente. También por la tarde se ha comportado bien con las enfermeras, ha dicho que ya no le dolía la cabeza y ha aparentado no recordar en absoluto el ataque sufrido ni el estado de confusión que lo ha seguido. Solo recuerda que ha tenido dolor de cabeza y ha pedido una purga.

–24/11/1927– Ayer por la mañana, a las 10:30, inmediatamente después de la visita con el médico, sufrió un ataque convulsivo, así descrito por la enfermera presente: B., quien se encontraba sentada en un banco, de repente perdió el conocimiento cayendo al suelo sin precedentes, enseguida empezó a sufrir una contracción general, seguida de sacudidas clónicas también generalizadas, no se mordió la lengua ni presentó baba sangrienta. En ataque duró en total 20-30 minutos; se levantó y permaneció confusa durante 10 minutos. Luego volvió como antes, pero aparentó no darse cuenta de lo que le había ocurrido, y que había tenido convulsiones. Hoy está tranquila, incluso más tranquila con respecto a los días anteriores a la crisis, más serena y con mejor humor. No recuerda el ataque, o mejor dicho no sabe que lo sufrió.

–24/11/1927– La noche pasada durmió regularmente: esta mañana está de buen humor, accesible, se comporta bien con las enfermeras y con las demás enfermas, principalmente inerte, mostrando poca o ninguna capacidad para hacer los comunes trabajos femeninos se dedica con gusto a trabajos de limpieza. Sigue confiando en ser dada de alta pronto.

–29/11/1927– Estos días está tranquila, compuesta, más dócil y con mejor humor que en los días

anteriores a la crisis. Sin embargo sigue estando ociosa, mostrándose incapaz tanto de hacer punto como de coser. Asimismo, muestra una gran indolencia si las enfermeras tratan de enseñarle lo que desconoce.

–30/11/1927– Sigue estando tranquila, dócil, inerte, sin crisis de mal humor o irritabilidad ni impaciencia de ningún tipo. Como de costumbre, dice que espera volver a casa pronto, que quiere volver a hacer las tareas en su casa con su papá; dice además que quiere volver a América, donde tiene a sus familiares más queridos.

–04/12/1927– Estos días sigue estando tranquila, inerte y apática; en vano las enfermeras han seguido intentando mantenerla ocupada y enseñarle algún trabajo. A menudo querría quedarse en la cama mostrándose vaga y friolera. Nunca habla espontáneamente de lo que le ha ocurrido: ha expresado reiteradamente el deseo de que todo termine para poder pasar las navidades con el padre. Durante la noche sueño tranquilo: así como no ha vuelto a presentar momentos de inquietud, tampoco se han manifestado ataques convulsivos o relacionados con vértigos.

–07/12/1927– Cuenta el acontecimiento siempre del mismo modo: el día 23 de noviembre F. no habría llegado a cumplir el acto sexual. Con respecto a su relación con B., se expresa también del mismo modo: la besó y acarició mil veces, se acostó con él solo tres veces, era él quien quería hacerlo, mientras que ella no habría querido, pero al mismo tiempo no se oponía. Una vez cumplido el acto sexual, se secaba los genitales como él le había enseñado y se lavaba con agua. Ahora entiende que se equivocó, no volvería a hacerlo. Para ella B. es demasiado viejo, nunca se casaría con él. No le guarda rencor alguno por lo que le hizo,

al contrario, piensa que ha sido bueno con ella. Dice que en Cesena vivía cerca de mujeres malas, que pasan tanto el día como la noche con hombres haciendo con ellos cosas malas. Una vez, una de estas mujeres la invitó a ir con ella a una cafetería, pero rechazó la invitación porque entendía que no era una buena compañía para una chica honesta. En los últimos días se ha sometido al examen físico con una mezcla de vergüenza y satisfacción. Mientras se desnudaba decía que sus piernas son feas, así como su pecho, etc., tal vez para que lo negara o le hiciera un cumplido. Más de una vez, mientras el médico que se ocupaba del examen, se daba la vuelta para escribir o hacer otra cosa (así afirmó la enfermera que asistía), B. hacía el gesto de mandar un beso al médico o se besaba en el punto donde había sido tocada o pinchada durante el examen. En cambio hoy afirma que no quería dar besos y, con una actitud seria y casi ofendida, dice que no quería dar besos sino que hizo esos gestos porque sentía algo molesto en el intersticio entre dos dientes. Luego pidió disculpas, diciendo que no es una maleducada, ni tan poco seria como para dar besos a un médico que ha de visitarla. Muestra ser consciente de que corrió peligro de quedarse embarazada. Se lavaba después de las relaciones con B., precisamente para eliminar todo para no quedarse embarazada, hecho que habría sido para ella «una cosa fea»: habría sido bello tener niños si hubiese estado casada, pero al no estarlo ciertamente no habría sido feliz. Además, afirma que no es bueno para ninguna chica joven estar con hombres y tener niños. Cuando se case le gustaría mucho tener niños, le gustan, así como siempre le han gustado los niños de las tías con las que ha vivido.

–07/01/1927– Desde que sufrió el ataque convulsivo el 24 de noviembre, se ha mantenido tranquila, ordenada, de humor sereno, excepto la insistencia en querer ir a casa de su papá. Sigue manteniéndose ociosa, inerte, atontada, mostrando en todas las manifestaciones verbales del comportamiento una deficiencia mental congénita.

–09/01/1927– Debido a un motivo muy fútil (una hoja de la puerta la golpeó casualmente en el rostro sin ninguna consecuencia), se irritó intensamente contra otra enferma. Le lanzó violentas amenazas y ofensas, intentó golpearla con puñetazos y arañarla; solo paró después de un buen rato, a raíz de la intervención de las enfermeras, pero esta tarde todavía mostraba al médico que la interrogaba estar irritada por la supuesta ofensa. En el tiempo restante sigue manteniendo el mismo comportamiento apático e inerte.

–10/01/1927– Terminado el arrebato y el resentimiento, que duró todo el día, ha permanecido en su estado habitual: apática, inerte, no se dedica a nada diciendo que no es capaz de trabajar, que nunca ha hecho nada.

–22/12/1927– Ayer tuvo vértigo. Aparte de eso, condic. habituales.

–23/12/1927– Ha sido dada de alta por haber terminado la observación y, dado que el padre ha escrito que no la quiere, se la envía a casa con la subinspectora encargada de entregarla directamente al padre o al comisario de policía en el caso de que el padre rechazase acogerla. En la explanada de la estación de Cesena encuentran al padre, quien, aunque muy a su pesar, se queda con ella.

Segunda admisión.

–03/02/1928– Hoy ha sido reconducida al manicomio con los documentos que la ley requiere: en la ficha informativa está escrito: sufre de histero-epilepsia con crisis subintrantes. En los momentos anteriores y posteriores al ataque, B. pierde el control de sus propias acciones convirtiéndose en un peligro para sí misma y para los demás. [Ilegible]

El padre no quería estar con su hija, [ilegible] la peligrosidad de las crisis: crisis que tuvo también durante el primer ingreso aquí, pero en realidad no constituían un gran peligro. La mantendremos en observación durante un mes y luego decidiremos.

–05/02/1928– La paciente está más tranquila y se comporta con mayor compostura. Es capaz de contestar correctamente a las preguntas comunes mostrando la habitual deficiencia intelectual. En todos sus actos y discursos espontáneos, fatuidad [ilegible], carácter necio y frívolo, zalamerías de carácter histeroide, come y duerme regularmente.

–07/02/1928– Muy molesta, sigue repitiendo con insistencia las mismas cosas: que quiere ir a casa, que quiere irse a América. Por la noche duerme, durante el día resulta molesta hacia sus compañeras debido a su comportamiento…

–12/02/1928– Ningún ataque o episodio de vértigo estos últimos días. Comportamiento habitual: bastante compuesto y limpio pero fatuo, insensato con tendencia a repetir de forma estereotípica y no razonable las mismas frases y preguntas durante todo el día. No es capaz de hacer ningún trabajo mujeril[25] y resulta imposible enseñarle cualquier cosa debido a su indolencia y su renuencia a dedicarse a cualquier cosa.

25 En el original se utiliza también un arcaísmo; «*Lavoro muliebre*» [N. del T.].

–13/02/1928– Ayer por la noche tuvo un fuerte ataque convulsivo generalizado. La paciente de repente perdió el conocimiento, habría caído si en ese momento no se hubiese encontrado entre un banco y la pared y una enfermera cerca de ella no la hubiese sujetado rápidamente. Tras el episodio se quedó un poco confusa durante unos quince minutos, luego volvió a estar lúcida pero un poco atontada y más molesta y quejosa de lo habitual. Esta mañana, como de costumbre.

–19/02/1928– Hace unos días tuvo vértigo; ayer por la noche volvió a tener vértigo. En los últimos dos días está más molesta y hosca de lo habitual. Esta mañana pide con mucha insistencia ser enviada a casa, no tolera que se le llame la atención, varias veces ha intentado escapar cuando la enfermera abría la puerta. A las 10:30, cuando estaba presente el médico, sufrió un ataque con pérdida de la conciencia. La paciente, que se encontraba sentada en un banco, de repente cayó al suelo, entrando enseguida en un estado de contracción tónica, principalmente en el lado derecho. El rostro estaba dirigido hacia abajo y los bulbos oculares girados fuertemente hacia la derecha y hacia arriba. Unos minutos más tarde, a continuación de la fase tónica no se produjo una fase de sacudidas clónicas sino una actitud semipasional de tipo histeroide, con expresión de frases refunfuñantes por parte de la paciente. Tras aproximadamente un minuto, relajación general, luego progresiva recuperación de la conciencia.

–29/02/1928– En los últimos días no ha tenido ningún ataque, comportamiento más tranquilo, sin embargo B. sigue mostrándose fatua, insensata, de inteligencia débil, incapaz de ocuparse de cualquier cosa o de aprender incluso los trabajos más sencillos.

–03/03/1928– Esta tarde ha tenido un ataque con pérdida de la conciencia, a cuya continuación no ha habido sacudidas clónicas, sino una actitud pasional.

–05/03/1928– Hoy, tras un ligero ataque por motivos insignificantes, ha sufrido una excitación muy fuerte: ha golpeado con un zapato a una compañera que se encontraba al lado suyo, luego ha arremetido contra las enfermeras y durante un par de horas se ha mantenido tan violenta y agresiva que ha sido necesario detenerla. A la luz de lo que se ha observado, se solicita la admisión definitiva.

–08/03/1928– Estos días ha tenido dos nuevos ataques de vértigo seguidos de actitud histeroide, períodos de malhumor, inquietud con irascibilidad impulsiva y agresiva.

–12/03/1928– No ha tenido nuevos ataques estos últimos cuatro días. Comportamiento más tranquilo. Es trasladada al pab. 2.

–13/03/1928– Es trasladada del 2 al 10.

–28/03/1928– Se comporta de manera impulsiva, pendenciera, en continuos [ilegible] con las compañeras del pabellón. Es trasladada al pabellón 8.

–05/04/1928– De vez en cuando sufre estados de fuerte confusión, durante los cuales está bastante insolente, intolerante…

–15/04/1928– El Presidente del Tribunal de Forlí decide que para el juicio es imprescindible su presencia el día 25 del mes en curso a las 9h. Dado que la enferma lleva dos días bastante tranquila y ordenada, en el caso de que no se verifiquen cambios importantes en su actual comportamiento será enviada al juicio acompañada por una enfermera. (Véase la correspondencia en las actas).

–15/04/1928– Desde hace algún tiempo está más tranquila. Pasa al pab. 2.

–26/04/1928– Ayer fue al tribunal de Forlí acompañada por una enfermera. Mantuvo un comportamiento irreprochable.

–10/07/1928– Desde hace algún tiempo, la paciente se ha vuelto más inquieta, molesta a las demás internadas, es también impulsiva. Ayer, de repente, atacó a una enferma y consiguió producirle excoriaciones en el rostro. Por eso ha sido trasladada al pab. 8.

–03/12/1928– Condiciones mentales aproximadamente estacionarias. Pasa al pab. 2.

–14/04/1929– Ha tenido un período bastante largo en el que se ha comportado bien, trabajaba y estaba en general bastante tranquila. Desde hace aproximadamente un mes se ha vuelto de nuevo irascible, hosca, agresiva y molesta hacia las otras enfermas. Ayer tuvo un momento de excesiva impulsividad hacia las compañeras, las enfermeras y el médico; fue necesario contenerla y luego trasladarla al pab. 8.

–19/10/1929– Bastante tranquila y compuesta. Se dedica a coser. Pasa al pab. 2.

–11/12/1929– Tiene breves períodos en que está relativamente tranquila y se dedica a coser; de vez en cuando presenta convulsiones o equivalentes (fuertes dolores de cabeza) que la dejan irascible, hosca y también impulsiva.

–31/07/1930– Durante este período los ataques convulsivos han sido bastante raros; han sido frecuentes los equivalentes con violentas reacciones impulsivas. Es trasladada al pab. 8.

–12/11/1930– Está bastante tranquila y compuesta. Para satisfacer su deseo es trasladada al pab. 2.

–16/01/1931– Durante este tiempo no se han producido verdaderos episodios convulsivos, sin embargo se han repetido frecuentemente los equivalentes: a menudo la enferma experimenta una sensación repentina de malestar general, o siente dolor de cabeza; al mismo tiempo se vuelve muy irritable, reacciona con violencia a cualquier contrariedad, incluso inexistente, o a una simple amonestación indulgente; luego tiene crisis de llanto convulso. A excepción de estos episodios, sigue manteniendo una notable irritabilidad. Al mínimo problema patea o araña a las compañeras, hacia las cuales desde hace algún tiempo guarda rencor. Se comporta bien solo cuando tiene que pedir permiso para ir a misa o al baile; privarla de una de estas cosas significa que no dejará en paz a nadie. Sigue ociosa, incapaz de dedicarse a un trabajo cualquiera. Físicamente se encuentra bien.

–17/01/1931– Es trasladada al pab. 8 por provocadora y pendenciera.

–14/04/1931– Se encuentra más tranquila y obediente. La trasladamos al pab. 2.

–21/07/1931– Mientras que en otros pabellones se mantiene calma y dócil, a tal punto que duerme siempre sin vigilancia, en este aparece muy irritable, prepotente, agresiva. Por lo tanto es trasladada al pab. 8.

–13/09/1931– Pasa al pab. 14 porque está muy irritada.

–27/09/1931– [Ilegible].

–21/07/1933– Condiciones estacionarias. Altibajos de relativa calma e irritación, inquietud. Por cuestiones de disponibilidad de plazas pasa al pab. 6.

–15/01/1934– Sigue con el mismo carácter, irritabilidad, agresividad. Más de una vez ha peleado llegando a agredir. Hoy por un motivo fútil ha golpeado

con un objeto contundente a otra enferma. La trasladamos al pab. 8.

–14/06/1934– Por deseo propio, pasa al pab. 6. Las condiciones mentales permanecen más o menos estables.

–31/12/1934– Durante este tiempo las condiciones mentales de la enferma se han mantenido más o menos estacionarias: ha tenido algunos episodios de vértigo (4-5) y una convulsión. Carácter irritable, comportamiento necio e infantil.

–04/04/1935– Condiciones mentales habituales: al haber peleado dos veces con la misma enferma es trasladada al pab. 8.

–06/05/1935– Condiciones estables. Pasa al pab. 6.

–29/01/1936– Condiciones mentales habituales, así como de carácter. Pasa al pab. 10 por cuestiones de disponibilidad de plazas.

–?/02/1936– Por necesidad de plazas pasa al pab. 10.

–24/06/1936– Ha tenido una pelea con una compañera, que ha acabado a golpes. Es trasladada al pab. 14.

–16/07/1936– Más dócil. Es trasladada al pab. 10.

–11/09/1936– Ha peleado con la internada F. Vuelve a estar un poco inquieta. Pasa al pab. 2.

–05/10/1936– Pasa al pab. 10.

–18/10/1936– Inquieta, impulsiva. Pasa al pab. 8.

–29/01/1936– Pelea y enfrentamiento físico con una internada. Pasa al pab. 14.

–16/11/1936– Pasa al pab. 8, siempre por la misma historia de peleas.

–09/11/1937– Raras convulsiones y vértigos. A menudo cefaleas. En [ilegible] rencillosa, prepotente y a menudo clamorosa e inquieta. Físicamente bien.

–05/03/1939– Indócil, pendenciera. Pasa al pab. 8.

–15/10/1940– Impulsiva, molesta, rencillosa. Pasa al pab. 14.

–30/03/1940– Desde hace algún tiempo más tranquila y ordenada. Sufre raros pero graves ataques epilépticos. Pasa al pab. 10.

–03/07/1940– Ha vuelto a estar impulsiva. Pasa al pab. 8.

–19/07/1940– Pasa al pab. 14 siguiendo en las mismas condiciones.

–07/08/1940– Se ha vuelto más tranquila y ordenada. Buena salud. Es trasladada al pab. 10.

–31/01/1941– Desde hace algún tiempo se ha vuelto molesta, prepotente y amenazadora contra todos, además de insubordinada. Es trasladada al pab. 14.

–07/07/1941– Se ha vuelto más tranquila y ordenada. Es trasladada al pab. 10.

–18/12/1941– Como de costumbre prepotente, molesta e impulsiva. Pasa al pabellón 14.

–12/01/1942– Por cuestiones de disponibilidad de plazas es trasladada al pabellón 10.

–29/03/1942– Impulsiva, ha vuelto a comportarse de manera prepotente. Pasa al pabellón 14.

–08/04/1942– Está más dócil. Es trasladada al pabellón 8.

–23/05/1942– Compuesta, obediente, pasa al pabellón 8.

–20/12/1942– Inquieta, indócil, pasa al pabellón 8.

–17/11/1943– Ha tenido impulsos contra las otras ingresadas. Pasa al 14.

–10/12/1943– Está tranquila. Por deseo propio, la reenviamos al pab. 8.

–29/04/1944– Comportamiento y discursos necios, con frecuentes crisis de inquietud y espíritu

pendenciero, en particular como pródromos y consecuencias de un ataque epiléptico.

–25/05/1945– Condiciones mentales habituales. Los ataques epilépticos se repiten una media de dos o tres veces al mes.

–17/04/1946– Deficiente, monótona, molesta como de costumbre. Sufre frecuentes ataques y vértigos epilépticos.

–29/06/1947– Condiciones mentales más o menos estacionarias.

–07/04/1948– Ninguna modificación apreciable de su estado mental: se queja con frecuencia debido a la cefalea en particular antes y después de los ataques convulsivos y de vértigo.

–25/05/1948– Durante un ataque convulsivo sufrió una caída, ocasionándose una fractura no desplazada sino astillada de la metafisis distal del radio como muestra el examen radiográfico. En el ambulatorio quirúrgico se le colocó una escayola.

–01/07/1948– La fractura puede considerarse perfectamente consolidada. La enferma lleva un tiempo pareciendo menos pendenciera.

–04/09/1948– Durante aproximadamente dos meses se ha producido un único ataque convulsivo. Casi ha desaparecido la cefalea que acompañaba a los ataques anteriores. La enferma está bastante tranquila.

–18/10/1948– Últimamente ha tenido un único ataque, por lo tanto tenemos la impresión de que se han reducido de manera considerable. Sigue manteniéndose calma.

–02/01/1949– La enferma siente un dolor violento en el hemitórax derecho. Durante la auscultación, se detectan ruidos de roce pleural. Se empieza una cura

cálcica y con vitamina D2. Ha aparecido también fiebre alta.

–07/01/1949– Es enviada al especialista para realizar examen radiológico del tórax (véase parte médico).

–15/02/1949– La fiebre ha disminuido de forma considerable pero está casi siempre presente. Es enviada a un control xlógico[26] (véase parte médico).

–22/02/1949– Debido a una evidente cavidad en el lóbulo inferior del pulmón derecho es trasladada a la sección de aislamiento del pabellón 4 (búsqueda de bacilo de Koch negativa).

–11/07/1949– Ninguna modificación del estado mental; deficiente como siempre con raros ataques convulsivos. Febrícula intermitente.

–02/07/1950– Deficiente como siempre con algunos ataques convulsivos. Molesta, cargante, fácilmente irritable. Condiciones generales buenas, ninguna afección del sistema respiratorio.

–12/12/1951– Condiciones más o menos estacionarias.

–20/04/1952– Condiciones mentales habituales.

–16/09/1954– Esta mañana mientras trabajaba en el pabellón se cayó, ocasionando una fractura conminuta de la cabeza proximal del radio derecho. Se le aplica escayola.

–20/10/1954– Quitado el yeso la articulación del brazo es eficiente. [Ilegible].

–16/06/1957– Deficiente, como siempre, con ataques convulsivos. Molesta. [Ilegible], trabaja en el pabellón. Físicamente se encuentra bien.

–07/08/1958– Lleva algunos días excitada, impulsiva y agresiva. Pasa al 14.

---

26 «Controllo xlogico» en el original. Parece referirse a la realización de una radiografía [N. del T.].

–20/12/1958– Bastante tranquila, siempre molesta. Pasa al pab. 10.

–10/10/1959– La p. ayuda en los pabellones; es cargante como siempre.

–26/03/1961– Las condiciones de la enferma permanecen estables. Sigue trabajando con gusto en el pabellón. Sigue siendo muy molesta pero en general está tranquila. Por cuestiones de disponibilidad de plazas es trasladada al pab. 4.

–07/09/1961– Ha ayudado durante un tiempo y luego se ha negado a trabajar. Es molesta, intolerante con el ambiente, pasa al 16.

–24/04/1962– Epiléptica oligofrénica, a menudo pendenciera e intolerante. Está disponible para los trabajos en el pabellón pero ocasionalmente tiene que estar en la cama debido a que está sobreexcitada e impulsiva en particular con las otras enfermas.

–13/01/1963– Condiciones mentales habituales. Está más pendenciera e impulsiva y los períodos de cuidados en cama son más largos y frecuentes. Protestona.

–24/04/1964– Ha sido descubierta golpeando a una enferma. Es trasladada al 14.

–03/02/1965– Alterna períodos controlables con otros de aspereza y malhumor durante los cuales es necesario inmovilizarla. Algunos ataques epilépticos, en raras ocasiones.

–15/06/1967– Condiciones psicofísicas estables.

–16/10/1968– Pendenciera, desordenada y hostil, a menudo impulsiva.

–04/09/1969– Estacionaria.

–20/10/1970– Hosca, sucia, protestona, carente de cualquier iniciativa.

–06/03/1971– Al inicial síndrome oligofrénico (de grado moderado) con epilepsia se ha sumado (no se sabe bien desde hace cuánto tiempo) una sintomatología hipercinética en los miembros del lado izquierdo y movimientos rotatorios de la lengua, verosímilmente con origen vasculopático. En la actualidad, desde el punto de vista psíquico, se ha sumado una decadencia mental con desorientación temporal, trastorno de la memoria, de fijación y perseveración.

–02/04/1971– Hace siempre las mismas peticiones, ¡volver a América! Ha decaído en el comportamiento iterativo también a nivel motor. Persisten los movimientos rotatorios mientras que las hipercinesias han disminuido en el lado izquierdo, en el derecho aparece temblor en el movimiento índice-nariz.

–09/04/1971– Los movimientos hipercinéticos ahora han casi desaparecido. Los movimientos rotatorios persisten. La p. está desorientada en el tiempo y hace las mismas iterativas peticiones sin ninguna tensión participativa.

–17/04/1971– En la prueba índice-nariz aparece temblor…

–30/04/1971– Por momentos, todavía presenta movimientos de tipo iterativo paleocinético en los miembros del lado izquierdo. Tararea para sí y siempre hace girar la lengua.

–08/05/1971– Estable.

–26/05/1971– Psíquicamente estable.

–09/06/1971– Presenta movimientos hipercinéticos de tipo paleocinéticos en los miembros del lado izquierdo. Grave decadencia mental.

–24/06/1971– Siempre muy evidentes los temblores extrapiramidales en los miembros del lado

izquierdo, temblores complicados por un componente intencional. Estado mental de progresiva decadencia.

–03/07/1971– Iterativa y perseverante; situación neurológica general inalterada.

–12/07/1971– Persisten los movimientos de rotación, tararea continuamente.

–19/07/1971– Iteración verbal y motora, hoy los movimientos paleocinéticos se presentan solo en la lengua.

–27/07/1971– En el lado derecho, durante la prueba índice-nariz, aparece temblor… *freinage*; las hipercinesias en los miembros del lado izquierdo presentan caracteres de iteración paleocinética.

–03/08/1971– Tiene siempre la tendencia al desaire insulso e irrefrenable.

–11/08/1971– Hoy no se notan los temblores en el miembro del lado izquierdo. Permanecen los movimientos de rotación de la lengua. Desorientación apático-amnésica.

–23/08/1971– Repite siempre las mismas cosas y de la misma manera. Ningún otro dato relevante.

–06/09/1971– Las hipercinesias en el miembro superior izquierdo recaen junto con los movimientos paleocinéticos y las estereotipias de movimiento.

–14/09/1971– Persisten los movimientos rotatorios de la cavidad bucal. Desorientación temporal con carácter… amnésico y con carácter apático.

–27/09/1971– Persisten sus peticiones habituales; las hipercinesias paleocinéticas en el lado izquierdo se manifiestan solo en algunos momentos.

–09/10/1971– Humor sereno; menos afectada por las hipercinesias motoras en los miembros del lado izquierdo.

–19/10/1971– Continúan los movimientos rotatorios de la lengua. En los movimientos intencionales aparece temblor en el miembro superior del lado izquierdo.

–30/10/1971– Itera siempre las mismas respuestas.

–08/11/1971– Humor risueño y necio; repite siempre que ella es americana y que no sabe nada.

–16/11/1971– Perseveración en los distintos niveles expresivos y comportamentales. No consigue darse cuenta de la diferencia entre las distintas edades expresadas en los símbolos numéricos.

–02/12/1971– Una y otra vez vuelven a aparecer los mismos módulos iterativos psicobiológicos.

–15/12/1971– Constantemente eufórica, sigue expresándose de la misma manera, repitiendo los mismos temas.

–07/01/1972– Iterativa y perseverante también a nivel motor, continuos movimientos rotatorios.

–24/01/1972– Humor eufórico fatuo. Persiste en sus interrogaciones verbales dirigidas al médico.

–08/02/1972– Ninguna conciencia de las anomalías de su comportamiento; asegura que vino a Italia y al hospital para hacer la limpieza.

–03/03/1972– Condiciones estacionarias.

–20/03/1972– Repite siempre las mismas cosas sobre el fondo de un estado de ánimo eufórico demencial.

–06/04/1972– Los movimientos rotatorios no han disminuido en absoluto.

–31/05/1972– Condiciones estacionarias. Tranquila.

–29/08/1972– Estado mental y comportamiento estables.

–21/11/1972– Poco humor eufórico, comportamiento fatuo. Mentalmente decaída. Presenta

movimientos continuos de los labios. Repite con monotonía uniformada las mismas frases (vine de América y me enviaron al hospital), terapia…

–12/05/1973– … coherente, tono del humor sereno. Presenta temblores localizados en las extremidades distales de los miembros inferiores. Continúa el tratamiento prescrito. Presenta tendencia a la iteración verbal insistiendo con monótona uniformidad en las mismas peticiones.

–14/02/1973– Se solicita la transformación del internamiento forzoso en internamiento voluntario.

–05/07/1975– La paciente ha sido golpeada de forma accidental por la internada B. y ha sufrido una contusión en la mano derecha.

–20/11/1975– 1ª dosis vacuna H Atetal.

–20/12/1975– 2ª dosis vacuna H Atetal.

–25/09/1976– 3ª dosis vacuna H Atetal.

–10/09/1976– La paciente es curada de los trastornos de naturaleza epiléptica, podría ser curada fuera del instituto si tuviera un ambiente en el que vivir y si quisiera salir. Lleva internada desde el lejano 1927 y ya no tiene a ningún familiar que la pueda acoger.

–06/04/1977– Ya no ha tenido trastornos epilépticos. No puede salir porque no tiene a nadie que la acoja. Continúa el tratamiento terapéutico antiepiléptico.

–25/08/1981– Hospitalizada urgentemente en el hospital civil por edema de naturaleza cardíaca.

–05/12/1984– Dosis de recuerdo Atetal.

Teresa B.

Admitida el 13/03/1952. Fecha de nacimiento: 15 de marzo de 1931. Casada. Profesión: ama de casa. Escuela primaria.

Diagnóstico: esquizofrenia. Síndrome reactivo tras hospitalización debida a problemas puerperales.

Anamnesis: casada, con un hijo. En junio de 1951 estuvo ingresada durante un mes aproximadamente en una clínica neurológica de Bolonia donde le administraron insulinoterapia y *electroshock*. La sintomatología que había empezado unos meses atrás mejoró temporalmente, ahora ha recaído en las condiciones precedentes. Rechaza la comida, es impulsiva, manifiesta también ideas con contenido delirante de hacer daño.

Evolución y curación.

–13/03/1952– Llega esta noche de su domicilio. Está bastante trastornada y desorientada, temerosa. Informa sobre algunos de sus antecedentes, pero de una manera desordenada y poco coherente; mira a su alrededor, es respetuosa, no aparenta afectividad al recordar a los familiares. Está en condiciones físicas generales satisfactorias.

–14/03/1952– Durante la noche pasada ha descansado de forma bastante espontánea y hoy se ha alimentado espontáneamente. Se queda sentada en la cama con una apariencia indiferente, mira hacia la puerta como si estuviera esperando la llegada de alguien. Responde de manera incompleta a las preguntas y ante el recuerdo de su hijo no aparenta una particular emoción.

–15/03/1952– Insegura, distraída, poco orientada, se nutre poco y ha sido necesario alimentarla. Es trasladada al pab. 10.

–12/01/1953– Se le han realizado más de 40 aplicaciones de *electroshock* sin mejora apreciable. La

enferma se alimenta poco y tiene frecuentes arrebatos impulsivos. Pasa al pab. 14.

–28/02/1953– Más tranquila. Pasa al pab. 10.

–06/03/1954– Se le han realizado más aplicaciones de *electroshock*: sigue necia, sucia. Pasa al pab. 4.

–12/03/1954– Para impedir que la paciente se quede en la cama es trasladada al pab. 2. Sigue sucia y desorientada. Condiciones físicas buenas.

–20/03/1954– Es necesario cambiarla de pabellón porque está muy sucia y a veces un poco inquieta. Por lo tanto es trasladada al pab. 4.

–16/09/1955– Disociada, siempre en la cama, a veces hosca. Pasa al pab. 14.

–23/10/1955– Estable, pasa al pab. 12.

–04/11/1955– Por cuestiones de disponibilidad de plazas es trasladada al pab. 10.

–07/12/1955– Pasa al pab. 4.

–18/12/1956– Hace dos días fue golpeada por una vecina de cama con un bacín ocasionándole dos heridas profundas en las regiones frontal y parietal, se realiza sutura. Para prevenir otros acontecimientos de este tipo es trasladada al pab. 14.

–24/07/1958– Necia, desconectada, sucia.

–13/07/1960– Condiciones estacionarias.

–04/06/1962– Sucia y disociada, a veces impulsiva. Rasgadora,[27] a veces hay que contenerla. Físicamente en buenas condiciones.

–14/08/1964– Es necesario contenerla porque rasga continuamente [las dos siguientes líneas son ilegibles].

27 En el historial se utiliza en varias ocasiones el término *laceratrice*, que se refiere a la tendencia de la paciente a rasgar las telas que tiene a su alcance: cortinas, sábanas, vestidos, etc. [N. del T.].

–04/07/1968– Siempre en la cama, a menudo atada, porque rasga continuamente. Sucia.

–06/10/1969– Condiciones mentales estables.

–04/11/1970– Condiciones físicas decaídas. Está siempre en la cama. Autolesiva, sucia.

–08/03/1971– Acepta la entrevista a nivel de diversión, a pesar de sus condiciones de rasgadora y autolesiva emergen momentos de espontaneidad que enseguida son ocultados por una situación al límite de lo humano. Se propone un intenso tratamiento psicofarmacológico con la finalidad de limitar en la mayor medida posible el estado de contención.

–02/04/1971– A pesar de haber llegado a altos niveles de tratamiento (11 mg de Serpasil y 30 mg de…) la condición de impulsividad rasgadora casi no se ha atenuado. La paciente tiene momentos en que es formalmente capaz de hacer observaciones y ponerse con una cierta, aunque momentánea y efímera, distancia hacia su propia condición.

–09/04/1971– Ayer no se quedó en la cama y no rasgó, fue acompañada por una enfermera quien empezó a reeducarla para la vida de relación. Se han alcanzado 13 mg de Serpasil, más 20 mg de… [ilegible]. Da 100-105.

–17/04/1971– Alterna días en que consigue no quedarse en la cama y no rasga con días en que la impulsividad rasgadora se vuelve imparable. De todas formas consigue pasar muchas horas sin bozal.

–30/04/1971– «He rasgado solo un vestido»; hace esta afirmación medio en broma medio en serio. Da respuestas paralógicas. A menudo tiene mirada extática al vacío. Considerable (…) de la musculatura estriada.

–08/05/1971– Alterna períodos en que está más accesible con respecto a la vida comunitaria con períodos en que sigue rasgando, aunque en menor cantidad. De todas formas pasa todo el día sin estar en la cama y sale al parque.

–26/05/1971– Está bien en los días en que el personal consigue cuidarla con atención.

–07/06/1971– Ayer salió con los familiares durante todo el día: se comportó correctamente.

–22/06/1971– Nueva salida con los parientes con buen resultado; si no se entretiene, tiene tendencia a rasgar, sobre todo la ropa del hospital.

–03/07/1971– En los últimos días ha habido un ligero empeoramiento también debido a una atmósfera en el pabellón escasamente permisiva.

–12/07/1971– La paciente parece asténica, por lo tanto se reduce temporalmente el tratamiento.

–19/07/1971– Bastante gobernable, no tiene recato ni pudor, pero accesible de manera suficientemente correcta si se la trata con buenos modales.

–27/07/1971– Está pasando un período de relativa tranquilidad sin exceder en los rasgamientos.

–06/09/1971– En estos últimos tiempos, por razones independientes a un correcto planteamiento médico, la paciente ha tenido que sufrir restricciones del espacio de libre acción: eso ha producido una cierta regresión con respecto a los meses pasados.

–14/09/1971– Ayer manifestó ideas necias en relación con el hecho de haber sido descubierta por el médico sucia de heces.

–27/09/1971– Hace tres días, crisis neurodisléptica con subestructuración temática compuesta por ideas de muerte.

–09/10/1971– Ha sido visitada por el ginecólogo, que ha prescrito pruebas hormonales en la orina.

–08/11/1971– Ambivalente en las decisiones, comportamiento infantil con actitud típica de 'Alicia en el país de las maravillas'.

–16/11/1971– Situación estacionaria.

–02/12/1971– Hoy ha presentado una crisis disléptica que se ha manifestado a través de vómito y malestar general que la enferma ha expresado como miedo a morir y con un estado de ansiedad y miedo.

–15/12/1971– En estos días ha aparecido absceso en la región glútea izquierda con ligera alza térmica.

–07/01/1972– En los últimos días, frecuentes crisis dislépticas en forma de malestar general que se exterioriza con lamentos infantiles.

–24/01/1972– Ha superado un episodio gripal.

–08/02/1972– Esencialmente estable; comportamiento suficientemente socializado cuando está presente el médico. Su rasgar es una forma de expresarse divirtiéndose.

–03/03/1972– La percepción de los objetos se concentra en aspectos parciales y totalmente secundarios. Marcada fatuidad.

–20/03/1972– Cuando la sacan, frecuentemente se deja caer al suelo: hay que considerar el acto en el ámbito de las extravagancias comportamentales.

–06/04/1972– Desde hace unos días a menudo está de mal humor: en este período rasga y tiene tendencia a hacerse daño.

–31/05/1972– Ha empezado el tratamiento con Anatensol, dosis actual 500 mg al día. Hasta ahora no se han dado resultados apreciables; al contrario, la paciente está más inestable e incoherente. Raramente emergen elementos debidos a impregnación farmaco-

lógica; por lo tanto, se puede seguir aumentando las dosis. Sigue rasgando. En primavera estuvo en casa y los familiares informaron sobre la dificultad de mantenerla constantemente bajo control. Relataron, y la paciente lo confirma, que agarró del pelo a la madre. El relato de la enferma al respecto es fatuo y carente de una adecuada participación afectiva.

–29/08/1972– Sigue rasgando mantas y sábanas. Ha dejado de rasgar los colchones desde que fue informada de que el colchón que estaba usando era el último y que en el almacén ya no quedaban.

–17/11/1972– Manifiesta pulsiones clásticas con tendencia a rasgar sábanas y colchones. («Qué le voy a hacer, tras romper la ropa me siento bien»); escupe esporádicamente en las paredes de la habitación. Presenta tendencias masturbatorias.

–20/01/1973– Comportamiento necio y fatuo, todas sus manifestaciones son pueriles.

Rasga casi continuamente colchones y sábanas, se masturba frecuentemente. Tratamiento: Letargin 3 ampollas al día, Becozym 3 comp., Pineale 1 ampolla intramuscular.

–18/02/1973– La paciente presenta un comportamiento fatuo y necio, rasga vestidos, prendas y colchones, escupe continuamente en el suelo y en las paredes, se masturba frecuentemente. En el día de hoy es enviada a la clínica ginecológica debido a metrorragia cuya naturaleza está por determinar. Tratamiento…

–14/05/1973– La paciente parece fatua, necia, exterioriza una sonrisa pueril, rasga esporádicamente sábanas y vestidos. Tono del humor indiferente. Se alimenta y descansa con regularidad.

–05/12/1973– Se solicita la transformación de la hospitalización forzosa en hospitalización voluntaria.

–21/11/1975– 1ª vacuna h. Atetal.
–21/12/1975– 2ª vacuna h. Atetal.
–25/09/1976– 3ª vacuna h. Atetal.
–05/12/1984– Dosis de recuerdo Anatetal.

7

VALERIO V.: EL ÚLTIMO DE LOS LIBERADOS[28]

En Imola, después del pabellón 14, el de las «agitadas» del Instituto «Osservanza», me dediqué al progresivo desmantelamiento de otros departamentos psiquiátricos. Entre los pacientes liberados de la reclusión, el último fue Valerio V., de 31 años, quien pasó 23 años de su vida atado a una cama, atrapado por un juicio psiquiátrico que quiso que fuera oligofrénico, cerebropático, peligroso para sí mismo.

Los padres de Valerio eran agricultores, ahora están jubilados (pensión mínima) y se han mudado a un pueblo a pocos kilómetros de Rímini. Valerio es el penúltimo de cinco hermanos, uno de los cuales murió en un accidente de trabajo. Los demás tienen todos trabajo y están casados. Las condiciones del hijo, sus vicisitudes, influyeron fuertemente en la madre, quien lleva un tiempo curándose por «trastornos nerviosos».

La información del padre indica que Valerio no ocasionó problemas ni durante el embarazo ni durante el parto. También su primera infancia fue normal.

28 Este capítulo ha sido escrito en colaboración con Giulia Zani.

Los padres empezaron a preocuparse solo cuando, a la edad en que los hermanos ya pronunciaban las primeras palabras, él todavía no hablaba. La situación no cambió en los años siguientes: Valerio nunca consiguió hablar, solo tarareaba una «cantilena siempre igual».

No jugaba con los otros niños, quienes a menudo se reían de él, ni con los hermanos. Estaba siempre en movimiento, le gustaba correr y caminar.

El trabajo en el campo no dejaba mucho tiempo a los padres para cuidar de un niño considerado «retrasado» y vigilarlo. Por eso, cuando Valerio tenía aproximadamente ocho años, decidieron dirigirse a un instituto, aconsejados por la mujer del veterinario del pueblo quien, «viéndolo en esas condiciones», se ocupó personalmente de ingresarlo en el Instituto psicopedagógico de Ficarolo (en provincia de Rovigo). Valerio salió de ese lugar tras aproximadamente seis años para entrar en el hospital psiquiátrico de Rovigo. De esos seis años no existe documentación. Sin embargo conocemos las condiciones de Valerio en el momento de su internamiento en el hospital psiquiátrico provincial de Rovigo, ocurrido en noviembre de 1970 sin ni siquiera avisar a la familia.

–23/11/1970– El paciente, del que desconocemos los antecedentes anamnésicos, procede del Instituto Psicopedagógico de Ficarolo (Rovigo). Parece estar en una grave situación de malnutrición. Está muy inquieto y tiene tendencia a arañarse. Se trata de un cerebropático con grave carencia intelectual y evidente retraso del desarrollo.

–28/11/1970– No hay novedades importantes. El paciente está un poco más sedado: se alimenta lo suficiente.

–12/12/1970– Se observa una cierta mejora de la conducta. Lo hacen levantarse. También la condición física parece haber mejorado.

–13/01/1971– Trasladado el Primer departamento. Físicamente parece todavía en condiciones mediocres, no se alimenta lo suficiente.

–18/02/1971– A veces presenta crisis de excitación en las que tiene tendencia a arañarse el rostro.

–16/03/1972– Desde hace algún tiempo parece particularmente inquieto, autolesivo.

El descenso de Valerio al infierno psiquiátrico continúa con su traslado a Imola.

Historiales médicos de evolución y tratamiento del Hospital Psiquiátrico Santa María de la Scaletta (Osservanza).

–19/10/1972– Admitido en la fecha de hoy procedente del Hospital Psiquiátrico de Rovigo. Se trata de un idiota cerebropático. Totalmente incapaz de establecer el mínimo contacto, sucio, inquieto, gesticula sin sentido con evidentes amaneramientos y estereotipias, emite gritos inarticulados, presenta un evidente eretismo sexual e intenta masturbarse continuamente. Dadas las condiciones psíquicas es trasladado al pabellón 15.

–21/10/1972– Frecuentemente inquieto, presenta crisis de excitación golpeándose con violencia el rostro [ilegible], ocasionándose extensas equimosis. Condiciones de nutrición mediocres.

–23/10/1972– Ha sido levantado y consigue caminar. Es necesario mantener los guantes (de contención) en las manos y contenerlo de alguna manera para evitar que se golpee.

–20/12/1972– Profunda ulceración en la mucosa.

–29/01/1973– Se alimenta con dificultad. Tan pronto como consigue liberarse las manos se produce equimosis en el rostro. Difícil vigilancia del paciente levantado… [ilegible].

–12/02/1973– Condiciones de nutrición mediocres. Sigue siendo autolesivo.

–13/05/1973– [Ilegible].

–18/06/1973– Desde hace algún tiempo presenta descargas diarreicas frecuentes.

–27/07/1973– Vacunación antitetánica. Permanece levantado pero es necesario contenerlo por las muñecas.

–04/08/1973– Los episodios de excitación son raros. Más frecuentemente inquieto: si se le deja libre se golpea con violencia el rostro.

–20/10/1973– A pesar de los neurolépticos tiene frecuentes episodios de inquietud en que se abofetea el rostro y no se detiene de forma espontánea. Es necesario frenarlo y contenerlo.

–11/02/1974– El paciente se ha herido en la cabeza golpeándose, en los habituales [ilegible] contra el canto de la mesa auxiliar de cama produciéndose una herida que ha sido suturada. Suele tener la costumbre de golpear la cabeza contra la pared sin exceder en la fuerza del golpe y sin producirse ninguna lesión.

Las siguientes anotaciones hasta las más recientes continúan repitiendo la necesidad de los medios de contención, señalando a la vez las lesiones que Valerio se produce.

–05/07/1983– Presenta tumefacción en el oído izquierdo, tipo de otohematoma. Se solicita visita quirúrgica.

–07/07/1983– Hoy ha sufrido una incisión en el pabellón auricular, por parte de un cirujano del Hospital General, con salida de material hemático, tal vez también ligeramente y [ilegible] supurativo.

–10/08/1983– A pesar del tratamiento repetido, el otohematoma se ha vuelto a organizar parcialmente.

–10/09/1983– Por la tarde, generalmente lo levantan en silla de ruedas.

–15/11/1983– Sigue presentando la tendencia a golpearse etc., por lo tanto es necesario retenerlo con cierta continuidad. Por otro lado, con la finalidad de eliminar la contención, se piensa usar una cama especial con barandillas acolchadas y un pijama resistente con mangas diseñadas de forma que se limiten los movimientos del paciente hacia la cabeza.

Los artesanos y las guardarropas del establecimiento están preparando lo necesario.

–30/12/1983– Ha evidenciado cromaturia macroscópica y tumefacción circunscrita escrotal.

[Irrelevantes las anotaciones del 03/01-15/01-01/02-15/02/1984].

–25/02/1984– Ha evidenciado tumefacción escrotal relevante, sin hechos traumáticos conocidos y detectables y sin fiebre.

Se diagnostica orquiepididimitis izq.

El enfermero Gilberto Bertonello, quien se ocupó de Valerio de 1983 a 1987 y ya había intentado desatarlo bajo su responsabilidad y contra la opinión de los médicos, me contactó, dado que todos los otros departamentos no querían ocuparse del asunto: a tal punto que los enfermeros habían amenazado con dejar en

bloque el puesto de trabajo si se trasladaba a Valerio a su departamento.

«Se trata de un idiota cerebropático, totalmente incapaz de establecer el mínimo contacto». este era el diagnóstico que encadenaba a Valerio a la cama y a una butaca, fruto de la extravagante fantasía de un psiquiatra. ¿Qué hay de científico en este diagnóstico? La terminología psiquiátrica niega la objetividad científica, no se funda en un juicio sino en un pre-juicio. ¿Qué significa que un ser vivo es «incapaz de establecer el mínimo contacto»? Cualquier organismo es, en el ámbito de su espacio vital, capaz de interactuar con lo que lo rodea, de recibir estímulos y reaccionar a estos, a través de un sistema de comunicación propio.

Definir un ser vivo, tanto si se trata de una célula como de una ameba, un vegetal o incluso, como en este caso, un ser humano, con una organización mucho más compleja y estructurada, como incapaz de interactuar, es un sinsentido. Se fuera verdad, nos encontraríamos frente a un ser inanimado, muerto, frente a un objeto.

No es Valerio quien no es capaz de percibir y responder a estímulos externos, «a no estar en contacto» con los demás, sino que son los demás quienes son incapaces no solo de establecer un contacto con él, sino ni siquiera de reconocer su manera de comunicar. Niegan su capacidad relacional, es decir, lo que lo caracteriza como ser vivo. La psiquiatría puede hacer eso: ocultar una incapacidad del observador por medio de una incapacidad del objeto de observación, llegando a proposiciones acientíficas.

Antes de que Valerio fuese trasladado, es decir, cuando vivía la mayor parte del tiempo con los miembros inmovilizados, fui varias veces a verlo, procurando desatarlo. La relación de fuerzas era desigual: Valerio

estaba dispuesto a usar contra sí mismo la fuerza, hasta ese momento reprimida, de sus brazos y sus piernas. Contenerlo contando con la misma fuerza muscular y el mismo ímpetu era impensable. Pero tampoco necesario. Interponía mi mano entre la de Valerio y la parte que estaba a punto de ser golpeada: y Valerio se detenía. Reconocía la presencia de una parte del cuerpo de otra persona y sobre todo decidía y comunicaba que no quería golpear a ese «otro».

De acuerdo con el coordinador de los servicios psiquiátricos, el doctor Ernesto Venturini, trasladamos a Valerio a nuestro departamento autogestionado en noviembre de 1987 y vino a echarnos una mano también el enfermero Bertonello.

Aquí tenemos la crónica de los primeros cinco días de Valerio desatado, escrita por los enfermeros del departamento:

–20/11/1987– Valerio está bastante agitado (¿tal vez haya sentido la novedad del departamento?). Es difícil la tarea del enfermero para hacerlo desistir de autocastigarse. Alimentado ha sido acompañado a la sala de la tele donde se ha dormido encogido en un sillón. Para alimentarlo se le ha dado de comer. Ha estado vigilado constantemente porque como ya se sabía, intenta golpearse.

–21/11/1987– Valerio ha dormido tranquilamente hasta las 10 horas. Se queda con gusto en la bañera, rechaza los zapatos y las mantas e intenta evitar nuestras intervenciones levantándose de un salto o haciendo pequeños pasos. Después de comer muestra cierta inquietud.

–22/11/1987– Alterna períodos de tranquilidad con momentos de agitación. Se queda durante un

tiempo sentado en el sillón luego se tira al suelo. Se quita continuamente zapatos y calcetines.

–23/11/1987– Se muestra reticente a levantarse, habría preferido quedarse en la cama. Lo hemos sacado al patio y ha estado particularmente tranquilo. Se distrae por los ruidos de la calle, se relaja si oye cantar o silbar. Le gusta jugar con el agua.

–24/11/1987– Se ha despertado solo, a las 8:30, agitado y después de desayunar se ha calmado: probablemente reaccionaba al estímulo del hambre. Ha pasado el resto de la mañana calmo. Tarde bastante tranquila, le interesa la música procedente de la tele. Esboza una sonrisa mientras le acaricio la mano. La huésped Orlanda S. es muy comprensiva con Valerio, juega con él, lo acompaña al patio y lo acaricia continuamente. De repente sobre las 18:30 empieza a agitarse y golpearse, tal vez de nuevo debido al hambre.

–25/11/1987– Muestra tener buen apetito, ha empezado a comer solo. En los raros momentos de agitación muestra reaccionar a pequeñas bofetadas en las manos. Después de cenar aumento de la agitación hasta el paroxismo psicomotor. Eso parece debido al cansancio: por la tarde nunca ha descansado.

En los días siguientes, crisis de agitación se alternan con períodos de tranquilidad cada vez más largos. Mejoran sus condiciones físicas y se notan menores tendencias autolesivas, una mayor seguridad a la hora de mantenerse en posición erguida, caminar y subir las escaleras. Empieza a usar la cuchara, lleva sin problemas los zapatos, ya no rechaza las mantas. Así, Valerio, pocos días después, consigue una parcial recuperación de la actividad muscular y vuelve a usar

su propio cuerpo para moverse y actuar, para tocar y explorar.

A principios de diciembre, durante un paseo por el parque cerca del recinto de los animales, Valerio empezó a batir palmas y a reír. Siempre tenía al operador cogido de la mano, buscándolo cuando intentaba alejarse, dando muestras de agradecer las solicitaciones táctiles.

Es evidente que, desde el momento en que es tratado como un ser humano, Valerio manifiesta su «humanidad»: tiene reacciones de placer, de hambre, de molestia. Da muestras de interés por el agua, los animales, la música. Busca el contacto con las personas. De esta forma se le ha abierto un camino hacia una recuperación considerada imposible.

En la actualidad camina solo sin problemas, sin necesitar a alguien en que apoyarse y, si tropieza, es capaz de levantarse por sí mismo. Ya casi no se golpea, ya no tiene costras, arañazos, contusiones. Come de todo con apetito. Por la noche duerme tranquilamente mientras que antes estaba agitado y a menudo se despertaba. Se tumba y se revuelca en el césped. Toca ávidamente y se lleva a la boca hierba, piedras, ramas, todo lo que le recuerda su infancia campesina y a lo que durante tanto tiempo se le ha prohibido acercarse. Sonríe si encuentra algo que le interesa: un nuevo objeto, un caramelo, una excursión, un nuevo juego o un nuevo contacto afectuoso.

El trabajo de las personas que lo cuidan constantemente, enfermeros y objetores de conciencia voluntarios, ha precisado compromiso y paciencia. De todas formas, los resultados han compensado el esfuerzo, así como la conciencia de haber contribuido a

mejorar la vida de este joven, quien ha pasado 23 años en la total privación afectiva y sensorial.

Permanece, lamentablemente, el hándicap de la ceguera. He enviado a Valerio a algunos especialistas, quienes han detectado un desprendimiento de retina. A este respecto es importante hacer notar que en ninguna página de los historiales de Valerio aparece alguna referencia a las condiciones de su vista, a excepción de una breve nota del 13/12/1977: «visita con el especialista: detectada catarata ojo derecho». Sin embargo, las observaciones concernientes a sus condiciones físicas son numerosas y ha sido sometido a varias pruebas clínicas. Es difícil pensar que nadie se haya dado cuenta de su ceguera. Las declaraciones de los padres nos informan de que Valerio no solo no tenía ningún problema de visión mientras aún vivía con la familia sino que hasta hace unos años todavía podía ver. Es cierto que Valerio se quedó ciego durante su internamiento en el «Osservanza» y es cierto que no aparece ninguna nota al respecto.

Además he sometido a Valerio al primer EEG (electroencefalograma). De hecho, aunque se le haya diagnosticado una grave cerebropatía no existen informes de EEG anteriores. Ni este ni el segundo examen indican alguna particular lesión o anomalía.

> Informe EEG 30/11/1987: modestas anomalías no específicas difusas de la actividad de fondo.
>
> EEG 22/12/1987: trazado con actividad de fondo un poco lenta pero sin anomalías caracterizadas.

He llevado a Valerio a casa de sus padres diciéndoles la verdad, que además estaba ante sus ojos: es decir que el tratamiento reservado a Valerio habría podido evitarse. La madre tenía una expresión muy triste

y hablaba despacio y con dificultad, adormecida, como dice ella, por los psicofármacos. La impresionó ver al hijo, llevaban mucho tiempo sin encontrarse. El hecho de verlo siempre en la cama, atado, había llegado a ser tan doloroso que prefirió no volver a visitarlo.

Es ella quien recuerda cuando iba a Imola a ver a Valerio y le traía algo de comer, él le abría el bolso donde sabía que encontraría dulces o galletas, y los comía ávidamente. Está segura de que entonces veía. Recuerda la desesperación de esos momentos: se preguntaba por qué los enfermeros se quedaban allí sin hacer nada, dejando a su hijo en esa cama durante todo el día, todos los días. Dice el padre: «Yo cuando voy al trabajo sé qué debo hacer y lo hago, pero ellos, esos médicos y enfermeros, ¿saben lo que deben hacer? Cada vez encontrábamos a Valerio en condiciones peores...».

Ahora Valerio está en condiciones cada vez mejores, pero los enfermeros del pabellón 19, que lo conocían bien, no se creen que lo dejemos siempre libre, desatado, que camina y que ya no se golpea e incluso se niegan a venir a verlo. Para ellos, Valerio era una especie de vegetal, y lo sigue siendo. Sin apelación.

La historia de Valerio —así como la de todas las demás personas que he liberado— tiene, al contrario, el valor de una demostración científica a la espera de ser refutada. En otros manicomios todavía existen cientos de casos como el de Valerio. Pero sobre todo hay miles de personas que sufrirán el destino de Valerio. Mientras siga considerándose la psiquiatría como una ciencia y el tratamiento psiquiátrico como una terapia, podremos abrir o desmantelar todos los manicomios pero volverán a nacer bajo otra forma.

8

INTERDICCIÓN: LA MUERTE CIVIL

En el pabellón 14 del hospital psiquiátrico «Osservanza» de Imola, en que empecé a trabajar el 1 de agosto de 1973, era el único médico que tenía la intención de cambiar las cosas: no era tarea fácil, debido a la actitud contradictoria del director sanitario y la hostilidad o indiferencia de los demás médicos y del personal paramédico y administrativo.

El proceso de liberación de los internados, que desde el pabellón 14 se extendió a otros departamentos, llegó a crear en 1984 el debate, también público, sobre la capacidad de los pacientes psiquiátricos crónicos de utilizar de forma autónoma el dinero de sus pensiones acumulado en el banco. Ahora resultaba perfectamente visible la diferencia entre el tratamiento reservado a los pacientes de los pabellones que yo dirigía y el de todos los demás pabellones. De hecho una antigua regla confía a los médicos jefes o a los médicos responsables de los departamentos la tarea de autorizar, firmando los módulos elaborados para este fin, a sacar dinero de las cuentas de los pacientes para

sus gastos. Los pacientes que dependían de mí habían empezado a gastar el dinero para sus necesidades diarias, para mejorar su situación personal, vistiéndose con ropa propia en lugar de la del hospital —toda igual como la de las colonias penales o las cárceles—, para adecentar y mejorar los espacios en que, por falta de alternativas o por elección propia, tenían que seguir viviendo durante mucho tiempo y finalmente para elegir de forma autónoma actividades culturales o de recreo. En cambio, en los demás pabellones, los pacientes, privados del uso de su propio dinero (con unas pocas excepciones), seguían vistiéndose como forzados y pidiendo limosna, ya que los médicos no asumían la responsabilidad de autorizar los gastos.

En el mismo período envié una carta abierta al presidente de la Unidad Sanitaria Local nº 23 de Imola y al director sanitario del hospital, denunciando su desinterés por el destino de los pacientes psiquiátricos crónicos. Me puse en contacto también con los sindicatos, para denunciar el hecho de que se utilizara a los pacientes en el guardarropa, la lavandería y la cocina, además de otras actividades laborales en los pabellones, en condiciones de «trabajo negro», sin garantías y prácticamente a cambio de una propina, que a veces usaban como chantaje. Esta situación no solo no ha sido modificada hasta hoy, en 1989, sino que ni siquiera se la considera.

En esa misma época el juez de primera instancia empezó un procedimiento judicial contra el director sanitario del hospital, por la hipótesis delictiva de omisión de actos de oficio, debido al mal estado en que se encontraban los servicios del instituto. Solo en los pabellones que dirigía yo los servicios habían sido parcialmente saneados, por iniciativa y con la contribución

financiera de los pacientes, tras debatirlo también con sus familiares.

Mi carta abierta al presidente de la Unidad Sanitaria Local la leyó en la radio local Santerno el director Bruno Poli, que lleva muchos años ayudándome a informar a la ciudad sobre los problemas de los ingresados. Se publicó en los periódicos, produciendo debates, también en los ambientes políticos, no solo acerca de la oportunidad de las iniciativas mías, de los pacientes y del personal, sino también acerca de la insensibilidad de la administración hacia las condiciones de vida de los pacientes.

Todos los gastos que autorizaba estaban bajo el control de la administración, quedaban registrados y se guardaban los recibos, para garantizar la regularidad administrativa y también para evitar derroche de dinero y cualquier equívoco o instrumentalización. Por otro lado, los gastos de los pacientes eran modestos y sus depósitos en el banco seguían creciendo, ya que los ingresos de las pensiones y los intereses eran mucho mayores que los gastos.

Un representante del Movimento Sociale Italiano y uno de la Democrazia Cristiana presentaron una queja contra mi iniciativa a la autoridad judicial, precisamente el juzgado de primera instancia de Imola. El juez de primera instancia convocó a los médicos del instituto, entre ellos a mí, para consultarnos acerca de la capacidad de los pacientes de decidir sobre sus propios intereses. Tuve una larga discusión con el juez acerca de los conceptos de capacidad o incapacidad de discernimiento, en psiquiatría y jurisprudencia. Yo sostenía que la eventual dificultad de los pacientes crónicos para tutelar sus propios intereses económicos no es debida a causas biológicas, sino sobre todo al analfabetismo

de la mayoría de ellos, como resulta en los historiales clínicos, y a los largos períodos de internamiento. En cambio el juez, que fundaba esos conceptos en criterios biológicos, además de en las tradiciones científica y jurídica, apoyaba el juicio de los otros médicos, que se basaba en las teorías psiquiátricas.

El juez de Imola presentó los documentos a la Fiscalía de Bolonia, que puso en marcha los procedimientos para la eventual interdicción o incapacitación de los pacientes por incapacidad de discernimiento. En junio de 1986 se empezó a convocar a los pacientes y sus familiares para interrogarlos. La Fiscalía realizó la investigación refiriéndose al Código Civil, sin tener en cuenta la posterior Ley 180, del 13 de mayo de 1978.

Empezaron los interrogatorios, uno tras otro, en el despacho del director sanitario o, a petición de los pacientes o los médicos, directamente en los pabellones. Afectaban a la mayoría de los quinientos cincuenta pacientes de los dos institutos imoleses «Lolli» y «Osservanza». Los magistrados venían una o dos veces por semana. Enseñaban a los pacientes crónicos distintos billetes de banco para ver si los reconocían con la rapidez habitual en las actividades comerciales diarias. Personas, que durante muchos años fueron privadas de la posibilidad de usar el dinero porque habían sido segregadas y expropiadas incluso de su propio cuerpo, precisamente mientras estaban volviendo a tener la capacidad de disponer de sí mismas y sus bienes eran humilladas con interrogatorios sin sentido pero con consecuencias. A todos nos da miedo comparecer ante el juez; entre los pacientes y los familiares aumentaban la inquietud y el temor. El día en que tenía que ser interrogada una paciente del pabellón 10 —uno de los que dirigía— sufrió un colapso en el parque delan-

te del pabellón. Decidí entonces presentar a los jueces un certificado en que, como médico responsable de cuatro pabellones, declaraba que los procedimientos podían, en mi opinión, perjudicar gravemente la salud de los pacientes. Los otros dos médicos presentes el día de los interrogatorios, a pesar de que se declarasen contrarios a las interdicciones, no se unieron a mi intervención. De todas formas, como consecuencia de mi declaración escrita, los jueces interrumpieron los interrogatorios durante algunos meses. Los retomaron más tarde, tras un encuentro en la Fiscalía de Imola entre los magistrados, los médicos y el presidente de la Unidad Sanitaria Local.

La administración del hospital, que contacté varias veces, no consideró oportuno proporcionar un abogado a los pacientes. Con la ayuda de algunos amigos milaneses me puse en contacto con el abogado Carlo Ezechieli de Bolonia quien, de forma gratuita, se ocupó del problema junto con otros abogados, proporcionando asistencia legal a los pacientes y evaluando la oportunidad de cuestionar la constitucionalidad y legitimidad de las sentencias que iban siendo pronunciadas. El grupo parlamentario de Democrazia Proletaria el 7 de junio de 1988 planteó una pregunta al Presidente del Consejo y a los Ministros de Sanidad y Justicia para pedir aclaraciones sobre lo que estaba ocurriendo en los institutos psiquiátricos para pacientes crónicos de Imola, pero hasta ahora no parece haber sido contestada. A través de la solidaridad de amigos y conocidos, intenté que los medios de comunicación hablaran de la cuestión y que se sensibilizara la opinión pública. Lamentablemente, aunque hubo un excelente reportaje de Piero Scaramucci en RAI 3, una intervención mía en el programa radiofónico de padre

Davide Turoldo y un artículo de Giuliano Campioni en *Il Manifesto*, la interdicción en masa pasó en medio de la indiferencia general.

Es un precedente muy grave, que favorece la práctica restauradora de los psiquiatras y marca el retorno a la situación manicomial que había antes de 1968, año en que el ministro de Sanidad, Luigi Mariotti, modificando la antigua ley, facilitó a la Fiscalía de la República los instrumentos para devolver los derechos civiles y políticos a todos los internados psiquiátricos mediante el paso de «forzosos» a «voluntarios».

La interdicción, privando a los pacientes de esos derechos, los degrada a exciudadanos y decreta su muerte civil. No olvidemos que existe una manera de matar más precisa y terrible que el asesinato de los individuos y la masacre de los pueblos: el no reconocer a los demás como seres humanos, tanto a nivel del individuo como de un grupo. este es el verdadero significado de la interdicción.

9

IDEOLOGÍA E INSTRUMENTOS DEL TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO[29]

La intervención autoritaria

Ante todo, hay que decir que la psiquiatría, con los instrumentos relativos, no existiría si la intervención autoritaria no fuera su fundamento. En presencia de un libre debate entre diferentes puntos de vista y comportamientos, estamos en el ámbito de un encuentro entre personas que se buscan libremente para ayudarse a entender sus propios problemas. Se puede llegar a discusiones animadas, o enfrentarse con rencor. Hasta aquí desde luego no hay psiquiatría.

La psiquiatría empieza su tratamiento cuando alguien piensa que debe obligarte a cambiar tus ideas.

Se puede estar seguro de que la psiquiatría no se habría desarrollado si no hubiera existido la hospitalización forzosa. Por ejemplo, imaginemos que a ti te gustan las chicas de catorce años, y se lo dices al psiquiatra. Si el psiquiatra piensa que estas son fantasías

29 Los primeros cuatro párrafos de este capítulo han sido escritos en colaboración con Alessio Coppola.

antisociales, establece que tu interés por las chicas de catorce años es «morboso». *Interés morboso* ya es un diagnóstico de enfermedad mental. Este diagnóstico es necesario para el psiquiatra y la sociedad que solicita su intervención. De hecho, sin este diagnóstico ¿cómo podría impedir que desees a las chicas de catorce años? ¡Debe eliminarte! Así que te impone un ingreso forzoso. El médico local hace el certificado. El alcalde lo confirma. Te cogen por la fuerza y te llevan al Centro de Diagnóstico y Tratamiento. Llegan por lo menos cuatro personas, dos enfermeros y dos guardias municipales. Entre los cuatro, te cogen por la fuerza y te encierran. Ahora tú te encuentras allí y no tienes ninguna intención de renunciar enseguida a tu idea. ¿La puerta está abierta? No, la puerta está cerrada. Si la hubieran dejado abierta ya habrías escapado. Tú, con esa idea, no podrás salir por esa puerta. Poco a poco se está construyendo el manicomio...

Una vez que estés allí encerrado, si eres una persona enérgica y fuerte, empiezas a romper todo lo que hay en la habitación. Dices: yo quiero salir, ¿por qué razón no tendrían que gustarme las chicas de catorce años? Lo destrozas todo. ¿Y ellos qué hacen? ¡Te atan a la cama! Te han atado fuerte, pero aun así consigues armar jaleo, empiezas a gritar y, si eres fuerte, puede que consigas liberarte, desatarte de la cama.

¡Entonces te ponen una inyección! Te pinchan bien. Tú preguntas: ¿pero qué es?, ¡no quiero! Ellos dicen —si te dicen algo— que de esta manera te «relajas». Duermes. Duermes mucho. Cuando te despiertas sientes la lengua hinchada y menos fuerza en todo el cuerpo. En este punto, ellos vuelven a aparecer: «Entonces, ¿qué opinas de las chicas de catorce años?». Y tú, aún con la lengua entumecida, les dices: «Bueno,

son muy atractivas». Ellos piensan: está más relajado, pero no está curado. ¿Entonces? Entonces otro pinchazo. Esto se repite hasta que ya no recuerdes que existen las chicas de catorce años. Por lo menos momentáneamente. O bien empiezas a reflexionar y te dices a ti mismo: «Si sigo diciendo que me gustan las chic... estos me masacran». Entonces les dices: «No, a mí las chicas de catorce años ya no me interesan. Encuentro completamente inconveniente e inapropiado un interés sexual hacia ellas». Prácticamente te retractas.

Entonces te dan de alta, te envían por fin a casa. Con la cura: una inyección al mes o una serie de inyecciones en oleadas sucesivas.

Así nace el manicomio y su prolongación doméstica.

Dentro de una cierta lógica es necesario, indispensable. Aquellos que quieren controlar las ideas y fantasías de otras personas necesitan los manicomios y las curas psiquiátricas. La alternativa es la eliminación física de las personas molestas, pero eso ni siquiera Hitler podía siempre realizarlo.

La camisa de fuerza está en la jeringa

En algún momento, decíamos, te pinchan bien. ¿Qué es la sustancia que te inyectan? Se oye hablar mucho de los psicofármacos, pero la información al respecto es muy superficial.

A pesar de ser uno de los mayores negocios de la industria farmacéutica y aunque el número de personas que necesitan «relajarse» crezca constantemente, no es posible tener más información de quienes los venden. Sin embargo sabemos que el Tavor, un ansiolítico, es el medicamento más vendido en términos absolutos en

Italia, con 22,5 millones de unidades; siguen la Aspirina con 17,1 millones de unidades y los homogeneizados Plasmon (dietéticos) con 12 millones.[30]

Según el análisis farmacológico, el psicofármaco es clasificado como neuroléptico, o bien como neuropléjico. En otras palabras se trata de un fármaco que paraliza las funciones nerviosas. El diccionario Zingarelli, a través de la etimología griega, lo confirma: *neuroléptico*, fármaco capaz de suprimir particulares funciones nerviosas, eficaz sobre todo para estados de agitación y agresividad.

¿Qué ocurre exactamente cuando te ponen la famosa inyección que te «relaja»? Te inyectan sustancias químicas que atacan directamente las conexiones nerviosas. Se trata de sustancias tóxicas que envenenan las células nerviosas en sus conexiones (sinapsis). Cuando te atan a la cama o te ponen una camisa de fuerza, te impiden movimientos musculares que podrías hacer. A pesar de estar atado, sientes fuerza en los brazos y las piernas y tu voluntad se propone fuertemente resistir contra lo que te están haciendo. Es un impedimento solo *exterior*. Por lo menos al inicio, si alguien te desata tú saltas como un muelle previamente comprimido.

Desde luego, el envenenamiento del sistema nervioso es proporcional a las dosis y la frecuencia. A veces los pacientes hablan de los efectos experimentados tras haber sido sometidos a prácticas inyectivas o al consumo de pastillas. Las piernas tiemblan, la lengua se hincha y se entumece, las mucosas pierden color, los tejidos adiposos empiezan a hincharse. Dado que la intoxicación es general, es posible sufrir bloqueos intestinales y disfunciones cardíacas que pueden ser

30 *Il Mondo*, 17 de julio de 1989, pág. 5.

mortales. Desconectando tus nervios por dentro, pueden desatarte por fuera. Te quitan la camisa de fuerza. Ya no necesitan atarte a la cama. Ahora ya no consigues concentrarte. *Decidir* significa de alguna manera recogerse, *concentrarse*. Ahora en cambio te resulta difícil decidir cualquier cosa, ya no consigues encontrar un punto de apoyo en ti mismo.

Volviendo al caso de las chicas de catorce años, tras un tratamiento prolongado de este tipo, aunque no puedan estar seguros de que, en el fondo, ya no tengas ningún interés por ellas, ciertamente tu vida sexual se nubla, tu deseo disminuye sensiblemente, debido no a tu cambio de opinión, sino únicamente a la neurointoxicación. En este punto, pues, el tratamiento común con psicofármacos ha cumplido ya su propósito.

***Electroshock* (ES) e insulina**

No siempre los psicofármacos producen todos sus efectos. A veces hay personas muy resistentes a las intoxicaciones. Se trata de una resistencia tanto de tipo químico como de tipo psicológico; antes de la Ley 180, las personas muy resistentes podían quedarse en el manicomio hasta cuarenta años, toda la vida. Ahora tienen la obligación de darles de alta. Pero tú sigues pensando como antes. Arrastras las palabras, tus gestos se vuelven lentos, tienes la mirada cansada, pero sigues expresando la misma opinión que antes. Poco a poco recuerdas lo que has hecho, lo que ha pasado, lo que has dicho. Para ellos tú sigues siendo *el de antes*. Así, no estás realmente curado. No pueden retenerte en el manicomio (¡aunque están intentando volver a abrirlos!) y tampoco pueden enviarte a casa en esas condiciones. Entonces dicen: ¡probemos con el *elec-*

troshock (ES)! ¿Es aún posible hoy en día? Claro que sí, todavía lo es. En todo el mundo. Este instrumento clásico de la psiquiatría es exitoso tanto en EEUU como en la URSS, en Francia y en Alemania. Para poner un ejemplo, en Italia muchos hospitales universitarios defienden oficialmente su validez como si se tratara de una conquista irrenunciable.

Veamos rápidamente cómo funciona el ES. Consiste en hacer pasar corrientes eléctricas con una determinada intensidad a través de la corteza cerebral. Desde luego, este pasaje de corriente perturba, por lo menos de manera temporal, el equilibrio cerebral. Así, pierdes el conocimiento y tienes convulsiones. Puede ocurrir que se destruyan células nerviosas. Aunque no se produzca un trastorno, de todas maneras es muy grave. Se ha demostrado científicamente que el pasaje de corrientes eléctricas a través de los centros nerviosos principales puede producir el paro del corazón y de la respiración, con consecuencias mortales.

En conclusión, los riesgos son siempre enormes. Además, hay efectos traumáticos seguros: quien recibe el ES pierde completamente el conocimiento. Cuando se despierta presenta problemas de memoria. Al comienzo puede incluso olvidar quien es. No recuerda por qué se encuentra allí. Le pregunta al padre, a la mujer, al hermano quién es él, quiénes son ellos. A veces le da vergüenza y no pregunta. Se realizan pruebas extrañas y espeluznantes. Se le pregunta sobre cosas importantes de su vida, si está casado, si tiene hijos: él no sabe. Ya no sabe. Se le pone en brazos o delante de él a un hijo y él lo trata como a un desconocido.

Estos episodios, que cuando se ven en el cine —como en la excelente película de Miloš Forman *Alguien voló sobre el nido del cuco*— o en la televisión perturban a

los espectadores, para la gran mayoría de los psiquiatras demuestran la eficacia de sus instrumentos. Desde el punto de vista del control y del condicionamiento de los comportamientos hay poco que objetar. Según algunos psiquiatras el ES tiene la capacidad de «devolver la alegría» a hombres tristes y melancólicos.

Esto es sin duda posible. De hecho, olvidas las razones de tu tristeza, estás menos triste. ¿Estabas triste o agobiado porque el novio o la novia te había dejado? Ahora ya no lo estás. Eso es. Ni siquiera ya existe el novio (o la novia). Ya no recuerdas su nombre. Y tampoco recuerdas el tuyo. Y tú, ¿todavía existes? Entonces miremos de cerca qué significa la alegría del no recordar: es únicamente pérdida de presencia, es un deambular aturdido y estúpido de un cuerpo vaciado. La incapacidad de pensar, de concentrarse, se presenta como la solución a un gran problema. ¿Esa persona quería suicidarse? ¡Ahora ya no quiere! La verdad es que se ha reducido al mínimo la voluntad. Y, junto con la voluntad, también la necesaria fuerza muscular…

La camisa de fuerza en pastillas

Hoy en día podemos decir que la psiquiatría moderna ha llegado a ser una técnica muy refinada de represión a través de los fármacos. Desde este punto de vista, estamos frente a una verdadera obra maestra. La posible pregunta es: «¿Entonces, para qué sirve quitar la camisa de fuerza cuando se siguen usando instrumentos de este tipo?». esta sería la pregunta de una persona sensible y progresista. Sin embargo, la pregunta puede también ser: «¿Por qué obstinarse a usar aún camas de contención y camisas de fuerza, si hoy son suficientes algunas pastillas y una buena jeringa?».

La psiquiatría iluminada ha tomado en serio esta segunda pregunta y le ha dado respuesta. Diferentes psiquiatras, incluso ilustres, han conquistado con demasiada facilidad la fama de «antipsiquiatras» y «democráticos» por el hecho de haber eliminado camas de contención y camisas de fuerza. «Con demasiada facilidad» porque la esencia de la psiquiatría está en ser una técnica de represión de los comportamientos, y ciertamente no será el abandono de un instrumento antiguo en favor de uno nuevo el criterio para decidir que estamos ante su verdadera superación.

Hoy el progreso de la farmacología represiva vuelve del todo inútil —y por cierto dificultoso— el uso de la acción física y la contención externa contra el sujeto inquieto. El choque violento es una estrategia llamativa y ruidosa. Es posible que sea considerado por los familiares o la prensa como un hecho bárbaro y escandaloso, algo medieval...

Por eso es preferible una técnica farmacológica, silenciosa, prácticamente incontrolable, diluible. Además, es un método mejor asimilable: es mucho más fácil convencer a alguien de que tome pastillas o se ponga una inyección que de que deje que lo aten a una cama (es interesante averiguar cómo, en algunos casos, es posible llegar incluso a desear ser atados; es posible, por lo tanto, inducir un mecanismo autorrepresivo también con sistemas anticuados; una autocontención farmacológica es, desde luego, una meta mucho más sencilla y fácil de difundir).

Está demostrado que el constreñimiento a nivel físico es muy dañino porque debilita los músculos y paraliza la vital movilidad del organismo entero. Está probado que muchos animales mueren si se les impide moverse. También nosotros experimentamos

grandes sufrimientos si estamos inmovilizados. Los daños por constreñimiento físico son notables y evidentes. Digamos solo que mucho peor son los daños causados por las corrientes eléctricas en la corteza cerebral, por el coma insulínico y las dosis masivas de psicofármacos.

Antes de decir algo más explícito sobre la naturaleza de los psicofármacos, algunas líneas sobre las inyecciones de insulina. Habría que hacer una valiente investigación al respecto para ver en cuántas clínicas todavía se usan. ¿Por qué se inyecta insulina? Porque la insulina es una sustancia que regula la presencia de azúcar (glucosa) en la sangre. La regulación de la glucosa es de vital importancia para las células, empezando por las células nerviosas. Si la cantidad de azúcar no es suficiente y su nivel baja sensiblemente, a las células nerviosas de repente les faltan nutrientes, por lo tanto se entra en coma. Las inyecciones de insulina tienen la finalidad de poner al indómito ingresado en estado de coma, que es reconocido científicamente como el estado que precede a la muerte. Naturalmente te ponen en coma y luego intentan sacarte, para que vuelvas a la vida después de provocar un fuerte desequilibrio en tus facultades cerebrales, que en todo caso deja consecuencias, como se puede notar en algunas ingresadas del pabellón 14. No hay ninguna garantía cierta de que desde el estado de coma se consiga siempre reconducir a la víctima al estado de conciencia.

Nosotros querríamos que, por lo menos por un instante, se cuestionara la «razonabilidad» de estos médicos responsables de devolver la «razón» a aquellos que llaman locos. ¿Es el estado de coma este umbral milagroso al que la psiquiatría «científica» lleva al «loco» para «devolverle la razón»? ¿Agotar el alimen-

to celular de un cerebro es uno de los inventos de la civilización moderna contra los comportamientos indeseados o «incomprensibles»? ¿No estamos frente a un sustituto científico del más antiguo colgar a un condenado sobre un precipicio?

Es casi increíble que el juego continúe aunque se conozca el alto riesgo. Es tan grande la «necesidad» de cambiar la cabeza del ingresado que el riesgo de su muerte se tiene en cuenta conscientemente. Se sabe muy bien que el desafortunado podría morir, sin embargo se procede igualmente. Se busca solo protegerse —legal y cobardemente— de posibles «responsabilidades», haciendo firmar a los familiares la autorización para este tratamiento, como en el caso del *electroshock*.

La firma les sirve a los psiquiatras para que, en caso de muerte, se sientan tranquilos porque la responsabilidad no es de ellos sino de los familiares que lo habían aprobado. La calidad de la información que en general se proporciona en estos casos a los familiares es muy baja y muy apresurada. Más o menos se habla a los familiares así: «No podemos proceder sin vuestra autorización; para estos cuidados es necesaria vuestra firma». Estamos convencidos de que la mayoría no sabe bien qué está firmando, pero —al poner las cosas de esta manera— firma igualmente. Si conocieran mejor las consecuencias muy pocos firmarían. De todas formas, hay que cuestionar el derecho de cualquiera, aunque sea un familiar, a autorizar este juego con la muerte de un ser humano.

Lamentablemente, la connivencia con el pulpo psiquiátrico está muy extendida. A veces, por razones de imagen social y tranquilidad con el ambiente que nos rodea, los mismos familiares están en primera línea contra *la locura*. A un cierto punto se crea como un

código de guerra. Psiquiatras y colaboradores saben que «puede que haya algún muerto», pero para ellos se trata de efectos desagradables de una guerra justa: mejor un cerebro destruido que un cerebro anormal.

Si para el *electroshock* y el coma insulínico es necesaria la firma de alguien, para el suministro de neurolépticos, llamados psicofármacos, no es necesaria ninguna autorización.

Es cierto que con los psicofármacos la psiquiatría ha alcanzado el máximo nivel de perfección y de flexibilidad en sus *cuidados*. Cuidados rentables sobre todo por el gran beneficio económico que generan.

A partir del invento de la terapia del sueño, por ejemplo, se han construido muchas clínicas más o menos modestas, más o menos lujosas. Detengámonos un momento en la capacidad de fascinación de este invento. Terapia del sueño. Parece realmente una cosa bella, una cosa inocente. Un gran remedio contra el estrés y los afanes de la vida moderna. «Cariño, tú razonas así porque estás cansado, estás oprimido por las preocupaciones, necesitas dormir, dormir mucho, dormir tranquilo y relajado…».

Veamos qué es en realidad este remedio por el cual se han construido muchas «ville fiorite».[31] La terapia del sueño no es otra cosa que la administración masiva y prolongada de distintos tipos de psicofármacos. El efecto de esta cura difiere considerablemente de los efectos ya desastrosos de cualquier administración intensiva. Aquí la persona, en vez de quedarse simplemente aturdida, con la lengua entumecida y las piernas temblorosas, duerme completamente. No

31 *Villas floridas* es un nombre frecuente en el ámbito de las clínicas y residencias (en este caso, establecimientos para realizar la «terapia del sueño») [N. del T.].

consigue despertarse y duerme durante períodos muy largos. No entramos en los detalles de lo que ocurre con respecto al desequilibrio persistente de los ritmos circadianos que regulan la alternancia de las fases de vigilia y sueño en el hombre. Nos limitamos a contar lo que sabemos y hemos visto en persona.

El tratamiento prolongado, basado en una mezcla de neuroparalizantes de distinta naturaleza, lleva a un rápido envenenamiento celular. ¿Cuáles son los primeros efectos evidentes de este envenenamiento? Primero: los efectos habituales sobre memoria, identidad personal, aturdimiento, de los que ya hemos hablado a propósito de la administración simple, aumentan de forma drástica con la administración masiva y combinada de psicofármacos. Segundo: las células envejecen precoz y rápidamente. Este envejecimiento es evidente a simple vista: la persona está cansada, tambaleante, insegura en los movimientos. Hay chicas de 20/25 años que vuelven más veces a los Centros de Diagnóstico y Tratamiento. Parece que tienen cuarenta años. Aproximadamente se puede decir que en seis meses de internamiento y cuidados intensivos se envejece unos veinte años.

Quien ha tenido la oportunidad de visitar un manicomio, una clínica o una unidad psiquiátrica, habrá sin duda notado que muchos ingresados tienen la mirada perdida, se tambalean, no consiguen mantener una postura recta y un paso seguro, tienen una expresión terriblemente afligida o completamente atontada, manifiestan una absoluta incapacidad de seguir un razonamiento incluso breve, están tristes, agotados, balbucean frases o palabras, se cruzan entre ellos y se ignoran, repiten mil veces la misma pobre cosa o la misma pobre historia. A aquellos que han visitado

el manicomio hay que decirles que no han visto cómo se portan los locos o enfermos mentales, sino cómo se mueven y hablan las personas psiquiatrizadas.

Debido a la completa ignorancia de los efectos de los cuidados psiquiátricos muchos piensan que, si se comportan así, están de verdad locos y en el fondo está bien que estén encerrados y se les cuide; pero no saben que están mirando precisamente los resultados de los cuidados. Las personas que han sufrido los cuidados psiquiátricos más largos, intensivos y coercitivos son aquellas que tienen una vida de relación más pobre. A pesar de que el cerebro humano tiene posibilidades de recuperación extraordinarias en un ambiente social libre y las secciones estén abiertas desde hace años, todavía se pueden ver los efectos.

Se ha hablado de camisa de fuerza en pastillas en referencia a los psicofármacos, o sea de una coerción interna a través del bloqueo del sistema nervioso. Está claro que este bloqueo no puede hacer otra cosa que actuar sobre la tensión natural a relacionarse con las cosas externas y con otras personas. En los manicomios, al efecto interno hay que sumarle el efecto del bloqueo externo. Este último también influye sobre el ejercicio de las capacidades de relación social. Es como si la capacidad de relación poco a poco se atrofiara. Sin embargo también en este caso es posible suponer que existe una autorreducción de la actividad relacional por razones de «conveniencia».

Un comportamiento inapropiado o bien sin relaciones sociales (se dice reducido al estado vegetal) puede llevarse a cabo no solo pasivamente, porque uno se ha convertido en un autómata, sino también voluntariamente en los momentos de luz que aún provienen de funciones cerebrales no completamente neutrali-

zadas por la psiquiatría forzosa. Episodios cotidianos aclaran este concepto. Un día, por ejemplo, pedimos que nos abrieran la puerta de una de las secciones cerradas que se encuentran a pocos metros de las abiertas. Notamos comportamientos aparentemente extraños que en las secciones abiertas ya no se ven. Algunos internados, por ejemplo, caminaban desnudos. La pregunta que es necesario hacerse es: ¿para qué sirve vestirse cuando uno se queda entre cuatro paredes toda una vida y los demás con los que estás obligado a vivir son personas reducidas a objetos con las que ya no es posible encontrarse?

No hay que olvidar que la reclusión física, o sea la obligación a vivir en espacios reducidos y con las mismas personas, en resumen la restricción de la libertad personal de movimiento, además de la conocida agresividad, produce una reducción evidente de aquellas modalidades de comportamiento que constituyen el patrimonio social del reconocimiento recíproco.

La castración como terapia

En mayo de 1971 tuve la oportunidad de viajar a Checoslovaquia, con la delegación del Partido Comunista de Reggio Emilia, como representante del centro de salud mental reggiano. Había también especialistas en medicina interna, cirugía, medicina del trabajo.

En el hospital psiquiátrico de Olomouc hubo una discusión con los psiquiatras del instituto.

Pregunté: «¿Quienes son los internados?». Respondieron: «Son esquizofrénicos». «¿Qué significa esquizofrénicos?». «Son personas contradictorias».

Entonces pregunté: «¿No piensan ustedes que las contradicciones individuales están relacionadas con

las contradicciones sociales?». El director del instituto cortó la conversación: «En los países socialistas no hay contradicciones sociales».

El jefe de la delegación, un funcionario del hospital civil de Reggio Emilia, un comunista ortodoxo que tenía una gran estima por el modelo del socialismo real, hablaba bien el idioma checo: en cierto momento interrumpió la conversación con el director del manicomio de Olomouc para preguntarme: «¿Qué significa 'pulpectomía'?». «Significa castración», le dije. Fue así que Soncini descubrió que en Olomouc la castración formaba parte de las terapias.

La delegación me encargó que escribiera mis impresiones sobre las instituciones visitadas, cosa que hice; pero un día me pidieron oficialmente, a través del jefe de la delegación, que dejara de escribir críticas contra el Estado. Contesté que seguiría escribiendo lo que pensaba.

Querría que no se pensara, en referencia a la castración, que la psiquiatría de los países del este es particularmente feroz. En el texto de Bernard de Fréminville, *La razón del más fuerte: ¿tratar o maltratar a los locos?*, en el «Pequeño inventario de los instrumentos de las terapias y de la coerción física imaginados y utilizados por los alienistas del siglo XIX como prueba del ejercicio de un poder absoluto sobre el cuerpo de los enfermos» se lee a la voz castración:

> Verosímilmente poco utilizada por los autores franceses, la castración es mencionada por Esquirol (junto con «la caída de cabeza, el corte de pelo, la operación de catarata») únicamente como una herramienta terapéutica arriesgada y de poca utilidad.
>
> En cambio, los autores anglosajones parecían más decididos a utilizar este tipo de intervención. Fue por ejemplo

practicada en 1861 por el doctor Rooker (de Castleton) en un epiléptico «quien se dedicaba a la masturbación». Durante los ocho meses posteriores a la operación, «la epilepsia no volvió a aparecer, pero aún había de vez en cuando algunos intentos de masturbación [...]» Dado que el operado se volvió «indolente, gordo y perezoso», el médico que había realizado la operación perdió interés en él. [...]

Esta operación fue practicada en EEUU con los «alienados masturbadores» aproximadamente a lo largo de todo el siglo XIX (el doctor Crosby en 1843, el doctor Wilkerson en 1881, el doctor Goodell de 1878 a 1880).

El doctor Goodell acompañó le relación de sus intervenciones con una exposición general de sus razones: «Ante todo, una mujer, si está loca, no pertenece al cuerpo social más que un criminal cualquiera. Además, su muerte es siempre un gran consuelo para los amigos más cercanos» [...].

En realidad, no estoy seguro en absoluto de que, como consecuencia de los avances que el futuro nos reserva, los hombres de Estado no reconocerán, con el tiempo, que una buena política social debe proponerse la desaparición de la locura prescribiendo la castración de todos los hombres locos y la extirpación de los ovarios de todas las mujeres locas.[32]

A pesar del progreso del siguiente siglo, seguramente ni siquiera Hitler, entre los jefes de Estado, tuvo tanta imaginación como habría deseado el doctor Goodell.

Habría también que preguntarse por qué, según algunos psiquiatras americanos contemporáneos, la masturbación se ha convertido en terapia.

32 Traducimos del original francés *La raison du plus fort: traiter ou maltraiter les fous?*, París, Éditions du Seuil, 1977, pág.78 [N. del T.].

10

EL JUICIO PSIQUIÁTRICO COMO SEGREGACIÓN

A pesar de que en Italia se ha aprobado en mayo de 1978 una ley que prevé la superación de los manicomios, actualmente seguimos teniendo sesenta en pleno funcionamiento. Si bien es cierto que las viejas instituciones, en su mayoría sin cambios sustanciales, no pueden aceptar a nuevos pacientes, esta tarea ha sido transferida a las secciones de los hospitales civiles que desempeñan en todos los aspectos las funciones represivas de los institutos de antaño. La cuestión es que la cultura y las costumbres siguen estando sustancialmente a favor de la reclusión y el internamiento.

La realidad manicomial, que se puede tocar con las manos porque está hecha de paredes y coacción física, es muy poca cosa ante la difusión del concepto mismo de *manicomialidad*, que se basa exclusivamente en la persistencia del juicio psiquiátrico.

De poco sirve atacar la institución del manicomio si no se lanza un ataque radical al juicio psiquiátrico que constituye su fundamento, poniendo en evidencia su carencia de bases científicas. Hasta

que no se elimine el juicio psiquiátrico, la realidad de la segregación seguirá desarrollándose dentro y fuera del manicomio.

A modo de comparación, en el ámbito de la misma cultura es evidente que no es posible abolir la segregación racial sin superar el racismo. El garante del orden establecido o el defensor de la moralidad de las costumbres tradicionales que considera desviada a una persona que no respeta el actual tipo de organización social (al tener pensamientos o comportamientos diferentes a los establecidos) legitima, de hecho, la segregación. Distinta es la cultura de aquellos que piensan que para nuestra especie son admisibles pensamientos y comportamientos independientemente de las convenciones.

La palabra *desviado* deriva del verbo desviar, que significa «apartarse del camino» o más exactamente, como dice Boccaccio, «salir de la recta vía, para dirigirse a otro lugar» o «alejarse de la norma, de lo justo». El verbo viene del latín tardío. Del verbo fue creado el término político *desviacionista*. Pero tradicionalmente para definir la discrepancia de las normas de pensamiento o de costumbre se usa, también en el lenguaje popular, la palabra *loco*.[33]

La palabra italiana *matto* tiene un significado y un origen inciertos. Esta indeterminación aumenta la utilidad de la palabra: se puede utilizar libremente cada vez que conviene. Así que puede significar «extravagante y difícil de tratar», o bien «obtuso», o «quien ha perdido el uso de la razón». Lombroso se había

33 En el original las palabras son tres: *matto, pazzo, folle*. En italiano se trata de tres palabras de uso común que, a pesar de los numerosos sinónimos presentes en castellano, se acercan las tres al significado y uso de la palabra *loco*. En el texto a continuación dejamos, para poder seguir el original, los términos en italiano [N. del T.].

deleitado acuñando la variante *mattoide*. Cuando se habla de «pérdida del uso de la razón» sería útil precisar de qué tipo de razón estamos hablando.

También la palabra *pazzo* tiene una etimología incierta. En el lenguaje común se utiliza a menudo para definir una pasión entusiástica, como en las expresiones «*pazzo* de felicidad», «*pazzo* de amor». Hay también otra definición: «Aquel que se comporta de una manera insensata».

La palabra *folle* viene del latín y tenía el significado de «fuelle, saco de cuero, balón», de ahí el significado de «cabeza vacía». En términos más actuales se dice de «órgano rotatorio cuando marcha en vacío, sin transmitir movimiento».[34] Se usa para indicar pensamientos, comportamientos y acciones que aparentemente o realmente se alejan de las costumbres y las formas de pensar más habituales.

La tradición psiquiátrica que empieza a formarse, a partir del siglo XVII, en los asilos añade al lenguaje común nuevos términos que juzgan negativamente a las personas internadas, vinculados a la hipótesis de que los pensamientos y los comportamientos que no nos gustan dependen de un defecto del cerebro.

En cambio, si intentamos considerar las opiniones y los comportamientos de los individuos sin tener como referencia lo que piensa o hace la mayoría, empezaremos a tener un libre intercambio de puntos de vista personales y maneras de hacer individuales. La intolerancia nace del hecho de que se atribuye a la generalidad de las opiniones el carácter de norma obligante para todos. Por eso es preferible hablar de *generalidad* en lugar de *normalidad* de las actitudes.

---

34 Cortellazzo, Manlio; Zolli, Paolo, *Dizionario etimologico della lingua italiana, op. cit.*

Por ejemplo, puedo afirmar que a mí no me gusta tener relaciones homosexuales, pero no debo considerar desviado o anormal a otra persona que las prefiera. Una vez que se deje de atribuir a la generalidad (o a lo que por moralismo se hace pasar por generalidad) de los comportamientos sexuales el carácter de normalidad y verdad, la otra persona podría considerarme a mí desviado y normal a ella misma.

Recuerdo al respecto uno de los episodios más interesantes que haya vivido. Una mujer joven, que me contactó para recibir asesoramiento psicológico, me contó que tenía relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. En algún momento me preguntó si me gustaban las relaciones homosexuales y yo le contesté que no. Entonces me dijo: «¡Es una señal de que tienes problemas!». Había dado la vuelta al discurso.

La simplificación de la vida individual y de la historia de los pueblos no es útil ni para al conocimiento ni para el desarrollo de la creatividad; en cambio ha sido útil a las ideologías del control social y las doctrinas del dominio y la agresión.[35]

La riqueza de la vida del individuo no debe ser reducida a esquemas, ya sean de la psiquiatría o de la psicología o el psicoanálisis. Por otro lado, un estudio correcto de la represión no debe considerar los diferentes medios utilizados por las distintas organizaciones del poder como si fueran equivalentes. El determinismo ha alejado el pensamiento del conocimiento y la complejidad del individuo, reduciendo la sociedad a un cuartel e incentivando la cultura del imperialismo.

---

35 Es suficiente citar algunos textos clásicos de este tipo: Lombroso, Cesare, *Gli anarchisti*, 1894 (edición en castellano: *Los anarquistas*, Madrid, Júcar, 1977); Genio e follia [Genio y locura], 1864.

En la *Genealogía de la moral*, Nietzsche se propone demostrar que los conceptos de bueno y malo, así como los demás juicios vinculados con la moralidad de las costumbres, se imponen desde arriba, o sea son modelos que las clases dominantes usan para someter y controlar a las clases subalternas.

También los conceptos de sabio y loco, normal y anormal, sano y enfermo mental, se usan de varias maneras —según sus intereses— por aquellos cuya tarea es mantener estable el orden establecido. Los psiquiatras asesores del Tribunal de Israel en el proceso a Eichmann, ejecutor de las órdenes del gobierno, lo consideraron culpable y mentalmente sano; al contrario, los especialistas estadounidenses juzgaron varias veces como enfermo mental a Heatherly, el piloto de Hiroshima, crítico con el gobierno.

La psiquiatría, especialmente en los últimos años, ha elaborado teorías cada vez más numerosas incluso sobre los niños en cuanto objeto de estudio clínico de las enfermedades mentales. Desde el patrimonio cromosómico en el momento de la concepción hasta la vida fetal, el embrión, el nacimiento, los primeros días de vida, la primera comunicación fonética, todo ha sido analizado para determinar el posible origen de la llamada esquizofrenia infantil.

En esta empresa, M. J. Boatman y S. A. Szurek dicen entre otras cosas que en su trabajo psicoterapéutico ambulatorio, realizado con familias de niños neuróticos y con impulsos agresivos, se sorprendieron por el hecho de no encontrar a ningún niño trastornado cuyos padres no estuvieran en conflicto entre ellos.[36] No

36 Boatman, M. J.; Szurek, S. A., «Estudio clínico de la esquizofrenia infantil», en *Etiología de la esquizofrenia*, edición de Don D. Jackson, Madrid, Amorrortu, 1974.

vamos a perder tiempo en contradecir la banalidad de esta afirmación, aunque queremos destacar el carácter genérico, la impropiedad y la sustancial falta de significado de conceptos como «neurótico», «agresividad», «desequilibrado». La cuestión es que una educación autoritaria basada en el chantaje, el miedo, las ambigüedades y la ignorancia (considérese, por ejemplo, el problema de la sexualidad) sin duda no nos parece la mejor para transformar a los niños en adultos seguros de sí mismos y contentos de vivir.

A pesar de todo eso en los últimos años, tanto en Italia como en el extranjero, mientras la timidez crítica de los antipsiquiatras se convierte cada vez más en conformismo, el poder y la cultura de los psiquiatras se consolidan. Escribe el «New York Times», en una amplia encuesta publicada en varias entregas entre intelectuales y especialistas famosos: «En la mayoría de los países en los que ha sido realizada la encuesta, la esquizofrenia parece tener difusión entre las clases pobres. No se sabe si la enfermedad afecta particularmente a los pobres, o si los pobres afectados por la enfermedad en cuestión resultan más fácilmente reconocibles en comparación con los que no son pobres, aún más sabiendo que el diagnóstico psiquiátrico, en la mayoría de los casos, es considerado un estigma. Además, la esquizofrenia a menudo debilita a sus víctimas hasta el punto de volverlas incapaces de obtener ingresos propios».[37] Podría argumentarse que es relativamente fácil criticar las doctrinas del control social y que, sin embargo, el verdadero problema reside en aquellos casos que ocurren en la existencia cotidiana de personas, familias y comunidades.

37 *The New York Times*, 16 de marzo de 1986.

¿Cómo te comportas —se me puede preguntar— frente a una familia que viene a decirte: nuestro Juan se ha vuelto loco, hace cosas que antes no hacía, quiere tirarse por la ventana, nos ataca, dice que lo persiguen o cree ser el primer ministro?

Estamos frente al caso en que, por lo menos en apariencia, un comportamiento resulta nuevo no solo con respecto a una manera de vivir en general, sino también con respecto a las actitudes habituales de la persona misma. En resumen, se trataría de un individuo que en cierto momento, como suele decirse, «se vuelve loco», «pierde la cabeza», y por eso sorprende a familiares, vecinos de casa, compañeros de la escuela y amigos.

Ante todo hay que decir, sobre la base de la experiencia, que el surgimiento repentino de una diversidad nunca es realmente repentino.

La diversidad se convierte en objeto de atención de manera dramática y violenta solo cuando intentos menos dramáticos y violentos hayan sido repetidamente realizados y desatendidos. Es como un último llamamiento para encontrar a alguien que preste atención, que escuche, que entienda, que por lo menos acepte discutir. Sin embargo en la mayoría de los casos una comunicación de este tipo resulta inútil e incluso perjudicial: el llamamiento será completamente desatendido y hará que se encierre a la persona.

Una parte considerable del internamiento psiquiátrico y de la intervención autoritaria del psiquiatra está legitimada socialmente sobre la base de estos casos límite.

En estos años me he encontrado en muchas situaciones de este tipo. Ejemplificaré con una historia ocurrida en Florencia en noviembre de 1966, en la

época del aluvión, cuando ya me conocían desde hacía unos años como el médico contrario al internamiento de las personas. Debo explicar, en primer lugar, que no se trata de la historia de una intervención psicológica ni de la historia psicológica de un hombre, sino del intento de mi parte (fructuoso) por evitar la injusticia de un internamiento.

En aquellos días la ciudad tenía un aspecto bíblico. La noche del 4 de noviembre desde lo alto de las colinas se veían solo cursos de agua, y el valle transformado en un lago. Varios días más tarde, hacia finales de mes, me llama la madre de un hombre de cuarenta años, un artesano florentino. Me dice con voz agitada que su hijo, que vive con ella y su hermana, se encuentra en un estado preocupante y quiere matarlas: por lo menos es lo que dice. Había oído hablar de mí como uno que no interna y, aunque tuviera miedo y estuviera muy preocupada, ni ella ni la hija querían internar al familiar. Fui a casa de ese hombre. Lo encontré dando vueltas alrededor de la mesa del comedor y enseguida me pareció como si estuviera en un estado de ansia terrible, que no le daba tregua. Fue muy difícil empezar a hablar y durante más de una hora permanecimos en silencio. Cuando finalmente empezamos a comunicar me dijo que se sentía como un Anticristo y que esa condición no le garantizaba que no habría consecuencias peligrosas. Habría podido incluso matar a la madre y la hermana.

Yo le contesté que eso era sin duda un miedo suyo, cuya causa era necesario entender rápidamente. No es mi intención mencionar los detalles de nuestra conversación, tampoco sería útil. Hicimos frente al problema del significado del Anticristo y de la forma en que lo estaba viviendo. Decía que se sentía contra el

Evangelio debido a su comportamiento sexual y cuestionaba toda su personalidad ética. El Anticristo puede hacer cualquier cosa, decía.

Las aguas del aluvión habían destruido su taller y lo habían afectado gravemente desde el punto de vista económico. Pensaba que para él y muchos otros eso tenía un significado superior, como en la historia bíblica de Sodoma y Gomorra. Entonces, debatimos desde diferentes puntos de vista la complejidad de las relaciones entre la ética sexual y la tradición religiosa.

Ese hombre nunca ha sido internado ni curado por los psiquiatras. Superó su crisis existencial debatiendo el tema en términos reales.

11

EL ORIGEN DE LOS MANICOMIOS

En los apéndices de la *Historia de la locura en la Época Clásica* Michel Foucault nos deja una documentación exhaustiva acerca del origen de los manicomios en Francia. En el siglo XVII, el poder político se ocupa de organizar el Estado según las nuevas necesidades. El desplazamiento de masas humanas como nunca antes había ocurrido crea problemas de convivencia y contradicciones sociales a causa del desequilibrio entre el número de personas que llegan a las ciudades y la posibilidad de su utilización en el mercado laboral.[38] Hay también inválidos, que son la consecuencia de la

---

38 Según el estudioso Eric Williams, el elemento que dio lugar al comercio triangular que constituía el fundamento económico de la trata de esclavos fue la trata de blancos, o sea de campesinos ingleses en los siglos XVII y XVIII quienes, tras dejar sus tierras para acercarse a las metrópolis industriales, se encontraban sin trabajo y eran trasladados en masa a las colonias americanas. Como consecuencia de la expansión de las colonias empezó la importación forzosa de mano de obra africana, antes como complemento a los deportados europeos y luego como sustitución. Williams, Eric, *Capitalismo y esclavitud*, Madrid, Traficantes de Sueños, 2011.

manera en que se utiliza y da alojamiento a la mano de obra. Se relata en un folleto anónimo de 1676 que:

> Entonces algunos particulares de gran virtud se sintieron tocados por el deplorable estado en que se hallaban las almas de esos pobres cristianos desdichados. [...] Las primeras tentativas y sus éxitos iniciales (hospicios de caridad, inventados en 1651) hicieron creer «que no era imposible encontrar la subsistencia necesaria para encerrar y contener en el deber una nación libertina y ociosa que nunca había recibido reglas».
>
> Se informó en los sermones de todas las parroquias de París que el Hospital General se abriría el 7 de mayo de 1657 para todos los pobres que quisieran ingresar allí por su propia voluntad, y de parte de los magistrados se prohibió gritar en público a los mendigos que pedían limosna en París; nunca fue mejor ejecutada orden alguna. El 13, se cantó una misa solemne del Espíritu Santo en la iglesia de la Piedad, y el 14, el encierro de los pobres se consumó sin ninguna conmoción. [...]

El *Edicto del Rey sobre el establecimiento del Hospital General para el encierro de los pobres mendigos de la ciudad y de los alrededores de París* declaraba:

> [...] De suerte que el libertinaje de los mendigos ha llegado hasta el exceso por un desdichado abandono a toda suerte de crímenes que atraen la maldición de Dios sobre los Estados cuando quedan impunes. Habiendo hecho conocer la experiencia a las personas que se han ocupado en esos caritativos empleos que muchos de entre ellos, del uno y el otro sexo, y muchos de sus hijos no están bautizados, y viven ellos, casi todos, en la ignorancia de la religión, el desprecio de los sacramentos y el hábito continuo de toda clase de vicios. Por ello, como debemos a la misericordia divina tantas gracias y una visible protección que ha manifestado sobre nuestra conducta, y en el feliz curso de nuestro reino por el triunfo de nuestras armas y la dicha de nuestras victorias, nos creemos más obligados a testimoniar nuestro reconocimiento por una

> real y cristiana aplicación a las cosas concernientes a su honor y servicio. Consideramos a esos pobres mendigos como miembros vivos de Jesucristo y no como miembros inútiles del Estado. Y actuando en la conducta de una obra tan grande, no por orden de policía, sino por el único motivo de la Caridad.[39]

Luego los psiquiatras dirán: nosotros los encerramos y les administramos un tratamiento no para reprimir, sino con una finalidad terapéutica.

Con respecto a los hospicios ingleses hay, entre otros, un testimonio singular, tan hermoso como una poesía y tan preciso como un documento, muy significativo con respecto al problema del que nos estamos ocupando y que vale la pena mencionar:

> ¡He oído poner precio a mi cabeza! Afortunadamente el hueco de un árbol me ha ocultado a sus pesquisas. ¡No más asilo, ni puerto, ni lugar seguro para Edgardo! Numerosos centinelas y vigilantes espían mis pasos para arrestarme. Mientras aún soy libre, buscaré el medio de conservarme. Se me ocurre la idea de disfrazarme bajo la forma más abyecta y pobre a que la miseria pueda haber degradado al hombre nivelándolo con el bruto. Envejeceré, desfiguraré mi rostro; ceñiré mi talle con un manto hecho jirones; ataré mis cabellos en mil trazadas y mis desnudos miembros afrontarán la injuria de vientos y la inclemencia. Tomaré por modelo a esos evadidos de un manicomio que, exhalando salvajes gritos, hincan en sus magulladas carnes alfileres, clavos, espinas y ortigas, y en tan horrible atavío surgen del fondo de míseras cabañas, de las derruidas granjas, de los parques, de los establos y de los molinos, invadiendo los caminos reales para violentar la caridad, ora con sus ruegos, ora con sus lunáticas imprecaciones.[40]

39 Usamos la traducción del francés de Juan José Utrilla en Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica, 2016 [N. del T.].

40 William Shakespeare, *El rey Lear*, acto II, escena III. Usamos la traducción del inglés de Antonio Blanco Prieto en *El rey Lear*, Madrid, Editorial Edaf, 1998.

De esta manera habla William Shakespeare en *El Rey Lear* sobre el asilo londinense de Santa María de Bedlam y la condición humana de sus huéspedes. Shakespeare, así como Dostoevskij, es uno de esos escritores cuyos personajes son redondos, sin la distinción artificial entre razón y locura.

En el siglo XIV en Florencia (así como en otros grandes municipios de Europa) está naciendo y se está desarrollando la cultura de las industrias, del comercio y de los bancos con la formación de la burguesía y del proletariado como nuevas clases sociales.

En una casa que hace esquina, en el cruce de via Guelfa con via Nazionale, no lejos de la estación de ferrocarril y del barrio de Santa Maria Novella, hay una inscripción que recuerda la última reunión de los Ciompi huyendo en el año 1378, cuando el intento de los primeros obreros de la civilización capitalista para conseguir condiciones laborales menos desfavorables había fracasado debido a la acción militar de las corporaciones de las artes, que negaban a los trabajadores dependientes cualquier posibilidad de negociar.

Este hecho es recordado también por Marx y en general es conocido. En cambio no muchos saben que, inmediatamente después de aquellos días, algunos organizadores de la revuelta, que vinieron de distintas partes de Europa y en particular de Flandes, tras huir, fueron buscados por todos lados y asesinados con un método y de una forma que anticipa y recuerda muy de cerca la manera de actuar de los asesinos contemporáneos.

La revuelta de los Ciompi representaba al mismo tiempo una novedad política y una renovación de las costumbres. En esa época representaba un escándalo increíble el hecho de que algunos trabajadores

manuales dependientes reivindicaran aunque fuera solo el derecho de negociar con los patrones y con las artes. La represión tuvo lugar según un estilo que en los siglos siguientes llegará a ser cada vez más habitual. *Business is business*.[41]

Cuando, en la evolución posterior, la civilización industrial basada en la acumulación de capital se amplía y se organiza cada vez más rigurosamente, nacen nuevas formas de control y represión, alimentadas por prejuicios específicos y apoyadas en específicas construcciones culturales. Escribe Franz Mehring en su *Historia de la socialdemocracia alemana*:

> La gran industria y el gran comercio empezaban a crear grandes ciudades, a debilitar la artesanía, a acoger a una ínfima minoría en la riqueza del nuevo ambiente con su moral solvente y satisfecha, a confinar a la gran mayoría en el abismo de la miseria y la delincuencia, a destruir las formas de vida de la sociedad pequeño-burguesa de las que hasta ahora había vivido la población de la ciudad. En el campo, los grandes propietarios de la tierra se volvían burgueses, se dedicaban cada vez más a la destilación de las patatas y al cultivo de la remolacha azucarera, expropiaban a grandes masas de pequeños propietarios desprotegidos, y con espíritu feudal vinculaban a la tierra a la fuerza de trabajo que necesitaban, creando un proletariado tan indefenso como miserable. En el hedor de su descomposición, el feudalismo se revolvía espasmódicamente en su tumba: no menos espasmódicamente nacía el industrialismo; en este duelo a muerte la población trabajadora fue pisoteada como si se hubiesen desatado contra ella los caballeros del Apocalipsis.[42]

En este período y en esta situación se desarrollan interpretaciones arbitrarias de la biología según

41 En inglés en el original [N. del T.].
42 Mehring, Franz, *Storia della socialdemocrazia tedesca*, Roma, Editori Riuniti, 1961.

las cuales algunos pueblos serían superiores y otros inferiores (el racismo) y algunos individuos serían superiores y otros inferiores (de ahí la psiquiatría). Estas ideologías, que tienen la misma raíz, representan ambas el fundamento de los diferentes tipos de campo de concentración. En la misma cultura se basan también tanto los hospicios como los campos de exterminio y los diferentes tipos de internamiento por motivos políticos.

Con la actualización y el desarrollo de los conocimientos científicos los defensores de la discriminación social andan a la caza de nuevos asideros y pretextos. Se buscará la discriminación justificada sobre la base de diferencias fisiológicas, luego sobre la base de diferencias químicas, hoy se trata de utilizar también la moderna biología molecular, siempre intentando dar, de manera ridícula, un contenido científico a los prejuicios. Desde los orígenes hasta nuestros días, desde la biología clásica hasta la molecular, muchos estudiosos de la materia, tanto en Europa como en América, se han prestado a las instrumentalizaciones más retrógradas.

Algunas hipótesis de las teorías de la evolución se han extendido cada vez más o se han visto reducidas de forma arbitraria para adaptarlas a los diferentes prejuicios políticos. Se han divertido definiendo genéticamente inferiores a individuos, categorías de personas, pueblos y grupos étnicos, según las necesidades de la represión interna o por fines bélicos. Todo eso a menudo favorecido por la presunción de los científicos del sector, quienes pretenden explicar todo a través de los conceptos de su específico campo de investigación, hambrientos más de poder que de conocimiento.

Lombroso discriminaba a pueblos e individuos refiriéndose esencialmente a características anató-

micas.[43] Muchas secciones de manicomios en Italia todavía llevan el nombre de discípulos de tan gran maestro. Aunque nadie sostenga la teoría lombrosiana en sus aspectos más groseros, la *ideología* fuertemente naturalista que él promovía está claramente presente, con una actualización *científica*, sobre todo en el campo de la psiquiatría y la jurisprudencia. Luego se difunde en el sentido común a nivel periodístico, cuando los sucesos de crónica negra son solucionados de manera sensacionalista y emotiva haciendo referencia a «monstruos» y «degenerados» de distinto tipo. Como en la cultura de final de siglo, la permanencia de una ideología simplificadora debe su fuerza precisamente a la simplificación.

Otros modos para tratar de separar a los individuos y a los pueblos en superiores e inferiores (un concepto indispensable al imperialismo) están vinculados a metodologías históricas y psicológicas. Como decía Einstein, es más fácil dividir un átomo que neutralizar un prejuicio.

Antes de convertirse en un revolucionario y ser asesinado, Malcolm X había extraído de sus experiencias como subproletario de la metrópolis americana algunas intuiciones muy claras acerca de los múltiples poderes de control y destrucción del orden constituido. En su *Autobiografía* escribe:

> Mi madre acabó hundiéndose del todo y, por decisión del tribunal, la llevaron al hospital psiquiátrico de Kalamazoo. […]
>
> La última vez que la visité allí, en 1952, yo tenía veintisiete años. Philbert me había dicho que en su última visita casi no lo había reconocido. «A ratos», me dijo. Pero a mí no me reconocía en absoluto. Me miraba fijamente. No sabía quién era. Yo

43 Lombroso, Cesare, *L'uomo delinquente*, Roma, Napoleone Editore, 1971 [1876] y *La donna delinquente*, Milán, Fratelli Bocca, 1915 [1893].

> intentaba hablarle, hacerle entender, pero ella tenía siempre la cabeza en otra parte. Le preguntaba: «Mamá, ¿sabes a qué día estamos?». Y ella me decía, mirándome fijamente: «Todos se han marchado».
>
> No puedo explicar lo que sentía entonces. La mujer que me había traído al mundo, cuidado, aconsejado, castigado, querido, no me conocía. Yo la miraba. La oía «hablar». Pero no podía hacer nada por ella. Creo que si alguna familia ha sido destruida por la Asistencia Pública, esa es la nuestra. Nosotros queríamos estar juntos y lo intentamos. No había motivo que justificara la destrucción de nuestro hogar. Pero los de la Asistencia Social, el juez y el médico del juzgado nos dieron el golpe de gracia. Y no éramos los únicos en estas circunstancias.
>
> Aquel día supe que no volvería a ver a mi madre. Ya que nos habían considerado números, y no seres humanos, yo habría podido volverme una persona mala y peligrosa. Mi madre había llegado a ese estado porque la sociedad había faltado a su deber, se había mostrado hipócrita, avara, inhumana. Eso me enseñó a no tener compasión por una sociedad que primero aplasta a los hombres y luego los castiga por no ser capaces de soportar la prueba.[44]

Desde el Ku Klux Klan hasta el instituto psiquiátrico, el ciclo de la madre de Malcolm, subproletaria negra de la metrópolis americana, fue completo. Su hijo pudo entender el problema hasta el fondo, a través de una experiencia de primera mano.

En la metrópolis contemporánea encontramos cada vez más hombres con distintos orígenes culturales, a menudo muy diferentes. Como en un palimpsesto se superponen las fortunas y las condiciones sociales más diversas. Al mismo tiempo, los riesgos para la vida de los individuos y la supervivencia de los grupos y las colectividades aparecen y aumentan cada día. De ahí el miedo, la convivencia difícil y las supersticiones. Los

44 Malcolm X, *Autobiografía*, Madrid, Capitán Swing, 2015, pp. 37-38.

psiquiatras, para tranquilizar a la opinión pública, evocan monstruos, como en la antigua mitología y en las culturas medieval y renacentista, y los dotan de una estructura genética defectuosa, distinta de la de todos los demás. «El sueño de la razón produce monstruos».

12

EL USO DE LA PSIQUIATRÍA EN LAS PERSECUCIONES

Con respecto al tema, hoy en día tan debatido, del uso de las ideas psiquiátricas en la persecución y el internamiento de intelectuales disidentes o adversarios políticos, es preciso recordar que en Italia tenemos larga experiencia. Desde Passannante y Bresci hasta nuestros días, los psiquiatras italianos han sido insuperables en este capítulo singular de la represión política. La más reciente es la historia de Carlo Sabattini, a la que volveré.

Cuando Gaetano Bresci, el 29 de julio de 1900 asesinó al rey Umberto I, en los diarios y revistas hubo un debate animado acerca del problema de la normalidad o anormalidad del militante anarquista responsable del regicidio. En cambio nadie había cuestionado las facultades mentales del general Bava Beccaris quien en 1898 en Milán había disparado con los cañones sobre la multitud hambrienta.

En los acontecimientos tumultuosos del nuevo siglo la psiquiatría resulta cada vez más útil. En *Hoppla, wir leben* de Ernst Toller, el profesor Ludin llega al nú-

cleo del problema cuando dice a Karl Thomas: «Sea usted prudente. Debería tener suficiente, me parece». La esencia de la sabiduría es la capacidad de no chocar con el poder, es decir, ser lo más sumiso posible. De hecho Karl contesta: «Es lógico que usted hable así, dado que está del lado de los patrones».

Por otro lado, el problema del psiquiatra Ludin, evidentemente, no es la locura, que es solo un pretexto para mantener estable el poder del Estado: «Un grano de locura convierte a los hombres en buenos padres de familia. Dos granos los vuelven útiles a la sociedad...». En cambio el revolucionario es definido someramente como «mala raza». Toller, uno de los protagonistas en 1919 de la República Soviética de Baviera, tal vez no habría imaginado que los seguidores de Lenin, tras dar vida a un nuevo poder jerárquico, perfeccionarían las ideas de Bleuler inventando la *esquizofrenia entorpecida*, es decir somnolienta, o sea «que duerme» y no se ve. De esta manera se aseguraron la posibilidad de internar rápidamente a cualquiera, sin tener que dar cuenta de ello de manera alguna.

La doctora Pečernikova y el doctor Kosačev, especialistas del Instituto Serbskij, escriben: «En la mayoría de los casos, las ideas de lucha por la verdad y la justicia aparecen en personalidades con estructura paranoica».[45] Dado que paranoico significa insensato, debemos deducir que las personas sensatas, según estos ilustres especialistas soviéticos, le tienen apego a la mentira y las injusticias, lo que tal vez para ellos signifique también ser buenos ciudadanos. Eso te hace pensar que a Jesucristo, en vez de la cruz —instrumento contra los esclavos revoltosos— hoy le habría tocado

45 Bukovskij, V.; Gluzman, S., *Guida psichiatrica per dissidenti,* Milán, L'erba voglio, 1979.

la intervención de la ciencia psiquiátrica, instrumento contra los locos peligrosos.

Me parece útil y esclarecedor mencionar la *Conversación con un psiquiatra* de Evgenij Nikolaev, de marzo de 1974:

D. —(Dmitrievskij) ¿Cuál es el motivo de su internamiento?

N. —(Nikolaev) No lo sé. Nunca he hecho daño a nadie. Los psiquiatras han organizado mi internamiento de manera que para mí fue como un relámpago en un cielo sereno. Desconozco el motivo.

D. —¿Podría haber ocurrido a raíz de sus críticas?

N. —¿Qué críticas?

D. —Críticas a nuestra sociedad, por ejemplo.

N. —No lo sé. En organizaciones oficiales nunca he hecho críticas.

D. —¿Y en las no oficiales?

N. —No conozco organizaciones que no sean las oficiales.

D. —¿Por qué motivo fue internado ud. en 1970?

N. —No lo sé. También esa vez se comportaron de la misma manera con respecto al internamiento. Sin duda usted está mejor informado que yo sobre ello.

D. —Pues estas obstinadas opiniones suyas ya se habían manifestado mucho tiempo atrás, cuando usted tenía diecinueve años.

N. —Mis opiniones no tienen nada que ver con la psiquiatría. Y las opiniones equivocadas no siempre son un síntoma de enfermedad. Por ejemplo, una opinión equivocada puede resultar de una carencia de información.

D. —He sabido que usted ha sido expulsado del Komsomol.

N. —No he sido expulsado. Me he retirado.

D. —¿Por qué se ha retirado? ¿Lo ha hecho por sus opiniones?

N. —Eso no tiene nada que ver con la psiquiatría.

D. —No, es verdad. Pero esta es la cuarta vez que usted es ingresado en un hospital psiquiátrico. Quiero decir, no todos los que se retiran del Komsomol son enviados al manicomio.

N. —Dejé el Komsomol hace dieciocho años. Es una historia vieja.

D. —Claro. No quiero darle una importancia especial. ¿Cuál es su profesión?

N. —Soy biólogo.

D. —¿Conoce idiomas extranjeros?

N. —Sí.

D. —¿Muchos?

N. —Algunos.

D. —¿Dónde ha trabajado?

N. —Durante cuatro años trabajé en el Instituto general de información técnica y científica, luego un año en el Instituto de desinfección.

D. —¿Por qué tuvo desacuerdos con sus compañeros de trabajo?

N. —Nunca he tenido desacuerdos con mis compañeros de trabajo.

D. —¿Qué más ha estudiado además de la biología y los idiomas?

N. —Todo lo que me ha podido interesar.

D. —¿Está usted interesado en la filosofía? ¿En los problemas políticos y jurídicos?

N. —No. Naturalmente estudié estas cosas en la universidad, pero luego ya no me ocupé de ellas.

D. —Y con respecto a la filosofía, ¿nunca ha tenido un particular interés?

N. —No.

D. —¿Qué opinión tiene de nuestra sociedad?

N. —Si usted quiere hablar de nuestra sociedad, será mejor que se dirija a personas más competentes que yo. Y le he dicho que, tras haber aprobado las asignaturas universitarias en el ámbito político, no he vuelto a abrir esos libros. Mis críticas podrían carecer en absoluto de valor.

D. —No me interesa lo que usted aprendió en sus estudios universitarios. Lo que me interesa son sus opiniones. Al médico que lo internó en el hospital le dijeron por teléfono que usted tiene ideas equivocadas sobre nuestra sociedad.

N. —Sea cual sea mi opinión, esto no tiene nada que ver con la psiquiatría.

D. —Si así fuera, usted ahora no estaría aquí. Si sus ideas sobre la sociedad no constituyeran un peligro social, no lo habrían internado en un hospital... ¿Es verdad que usted ya ha estado antes en hospitales psiquiátricos, en tres ocasiones, durante largos períodos?

N. —Es verdad.

D. —Entonces sabe cómo funciona nuestra máquina de gobierno. Todos estamos sometidos a determinados organismos y cuando recibimos instrucciones estamos obligados a seguirlas.

N. —¿Y por eso muestra usted tanto interés en las opiniones que tengo sobre la sociedad?

D. —Sí. Pero usted ha puesto una especie de muro entre nosotros. Créame, esto no le conviene. Cuanto más se empecina en no contestar nuestras preguntas, tanto más tiempo se quedará en el hospital. Yo le hago estas preguntas por su bien. Se habrá dado cuenta de que no estoy tomando notas.

D. —Además, usted puede ser clasificado como individuo socialmente peligroso. En ese caso, antes de

un aniversario del Estado soviético, como medida preventiva le encerrarían en un hospital psiquiátrico, le guste o no.

N. —Sé que aquí hay esta costumbre.

D. —Y recuerde que usted no es una persona famosa como Solženicyn. Si él fue expulsado porque tenía ciertas opiniones y hacía ciertas críticas, usted, por sus opiniones y sus críticas, solo será internado en un hospital psiquiátrico.

N. —Y sin propósito, porque mis opiniones no representan un peligro social. Con respecto a aquellos que no están de acuerdo con mis ideas y llaman a la clínica para hablar de ello, solo digo que tienden a exagerar, probablemente porque es gente llena de miedo. Es verdad que no soy tan famoso como Solženicyn, sin embargo mi nombre es bastante conocido por quienes estudian lenguas extranjeras. Y cada vez que me internan en el hospital, eso puede solo tener un efecto negativo, ya que no puedo dar mi cultura y mi experiencia a aquella sociedad por cuya seguridad usted está tan preocupado.

D. —Dígame, ¿dónde ha hecho sus críticas equivocadas a nuestro sistema social?

N. —Creo que sería mejor que usted se lo preguntara a quienes llamaron a la clínica.

D. —Puede ser. Pero preferiría escuchar la fuente original.

N. —En este caso, la fuente original es la persona que me ha denunciado. No sé quién es y ni siquiera puedo hacer conjeturas porque nunca he hecho ninguna crítica desleal.

D. —Pero usted está aquí. Por lo tanto usted hizo esas críticas a nuestra sociedad y esas críticas representan un peligro social.

N. —Usted se equivoca. Dígame una cosa: ¿en el pabellón han recibido alguna queja en mi contra?

D. —No, no ha habido ninguna reclamación por parte del personal. Su conducta ha sido irreprochable.

N. —Entonces, si realmente fuera socialmente peligroso, mi conducta no habría podido ser irreprochable.

D. —No es su conducta lo que es socialmente peligroso, sino sus opiniones.

N. —No lo creo. Cualquiera que sea mi actitud hacia esta sociedad, no por ello esta cambia. Si la condeno, no empeorará, y si la acepto no por eso se volverá mejor. Lo que yo digo no puede mejorarla ni tampoco empeorarla. De ahí que mis ideas no puedan ser peligrosas para la sociedad.

D. —¿Y usted qué prefiere hacer? ¿Aceptar nuestra sociedad o condenarla?

N. —Prefiero volver a afirmar el principio de que el asunto no me concierne.

D. —También esta actitud hacia la sociedad representa un peligro social. Si usted sigue defendiendo ese principio siempre será internado en hospitales psiquiátricos.

N. —Lo sé. Lo he vivido. ¿Por cuánto tiempo más tienen pensado tenerme en el hospital?

D. —No se lo puedo decir. Todo depende de usted. No lo solucionará con solo un mes.

N. —Llevo aquí tres semanas.

D. —Le dará el alta una comisión médica convocada a tal efecto. Si usted sigue eludiendo todas las preguntas, eso no le beneficiará.

N. —Lo que me sucedió en el pasado me ha convencido de lo contrario. Un médico del hospital psiquiátrico nº 15, tras hablar con él de mi actitud hacia la

sociedad, me envió al hospital suburbano de Stol' bovaja donde me quedé durante ocho meses. Como puede ver es peligroso expresar las propias opiniones. Ahora he aprendido de usted que también es peligroso no decir nada. Por lo que parece me toca elegir el menor de los males.

D. —Intente entenderme bien. Tengo buenos motivos para hacerle estas preguntas.

N. —Estoy en mi sano juicio y mis opiniones no tienen nada que ver con la psiquiatría.

D. —Todos los médicos que lo han tratado en los diferentes hospitales y –lo que más cuenta– que fueron perturbados por sus ideas, ciertamente no pueden haberse equivocado todos.

N. —Puede ser que los médicos no se hayan equivocado. De hecho fue precisamente usted quien me ha dicho hace poco que quien ocupa un puesto oficial está sometido a determinados organismos y está obligado a seguir sus instrucciones.

D. —¿Qué relación tiene con su familia?

N. —Este asunto ahora no tiene importancia.

D. —Usted, en varias ocasiones, ha publicado mucho artículos.

N. —Sí. En el «Moskovskij Komsomolec» y en algunos periódicos de la región de Moscú —en Kaluga y Obninsk. Los artículos más recientes han sido publicados en el Kamčatka.

D. —¿En esos artículos hablaba de sus ideas sobre la sociedad?

N. —No. Esos artículos concernían un método intensivo para el aprendizaje de idiomas. Estaban destinados a las personas interesadas en estas cosas.

D. —¿Dónde y en qué ocasión hizo usted propaganda de sus ideas equivocadas?

N. —En ningún lugar. Y, en última instancia, internar a uno en el hospital psiquiátrico debido a sus opiniones es una treta, indigna de la profesión médica.

D. —Ahora tengo que hacer mi ronda de visitas, pero más tarde seguiremos nuestra conversación. Debo cerciorarme de cuál es su actitud hacia la sociedad. Tal vez en breve le prescriba otra cura.

En esta conversación está todo. Podría ser un compendio de historia de la psiquiatría. Dmitrievskij podría escribir un «elogio del conformismo» así como Erasmo escribió el *Elogio de la locura*. Este Erasmo al revés odia la cultura en la medida en que ama al Estado. Nikolaev, en un intento de escapar de él, debe hacer como si no pensara.

13
EL CASO SABATTINI

Con referencia al problema del disenso político en la actualidad convertido en objeto de persecución psiquiátrica en Italia mencionaré el caso, ya citado antes, de Carlo Sabattini, del que me ocupé como perito de la defensa.[46]

En verano de 1985, cuando Carlo Sabattini estaba internado en el manicomio penitenciario de Castiglione delle Stiviere, a raíz de una denuncia infundada del alcalde de Módena y por orden del juez Persico, con el apoyo de informes periciales de tres psiquiatras, que habían declarado que Sabattini es un enfermo mental peligroso, en calidad de perito de la defensa fui a verlo varias veces, con la finalidad de conocerlo y preparar juntos los instrumentos de defensa.

En esa época, la prensa italiana hablaba mucho del caso Sacharov y poco o nada de Sabattini, cabeza de lista de los Verdes en el ayuntamiento de Módena, una

46 La historia del internamiento de Carlo Sabattini empezó con una denuncia del alcalde de Módena por presuntos daños a edificios públicos a raíz de la colocación de unos carteles que habrían sido difíciles de quitar.

persona que goza de la confianza de los ciudadanos, además de los amigos y colaboradores, a tal punto que había sido elegido con el mayor número de votos. Sus iniciativas para denunciar las condiciones ecológicas y otros aspectos de la vida de Módena eran muy ponderadas y precisas, fruto de convicciones profundas. Sabattini se convirtió en un punto de referencia no solo para los Verdes sino en general para quien quería cambiar las cosas. Así que lo hicieron pasar por loco, fueron a buscarlo a casa y lo internaron en un manicomio.

Fui a verlo, hablé con él y lo considero una persona extremadamente consciente de lo que había pasado. Con serenidad me dijo: «No miréis quién es Sabattini. Al estar encerrado en un manicomio penitenciario podría ponerse nervioso. Mejor mirad los documentos de los contenciosos legales de los que me he ocupado». Entonces me enseñó los documentos con los que ha creado un «libro blanco», mandado a la Federación provincial del Partido Socialista de Módena, que a su vez lo envió al presidente Pertini para que lo remitiera al Consejo Superior de la Magistratura para su estudio.

Sabattini finalmente reafirmó: «Mirad los documentos y decidid, en vez de apartarme con pretextos».

No es una novedad que la psiquiatría utilice sus instrumentos para eliminar a los ciudadanos que disienten: esto lo sabemos todos porque se habla mucho en Italia, y en todo occidente, de la psiquiatría como represión en la Unión Soviética y en otros países del socialismo real, justamente criticando lo que allí ocurre. Pero la verdad es que estas cosas ocurren también en nuestro país. De hecho históricamente la psiquiatría como instrumento de represión del disenso nació pre-

cisamente en Italia. Se debe a Lombroso la elaboración de estas teorías, usadas en la Unión Soviética, tal vez con alguna mejora.

Quien conoce la historia del movimiento anarquista italiano sabe que en Italia muchos disidentes fueron eliminados gracias a las teorías sociológicas y psiquiátricas lombrosianas. Por lo tanto, Sabattini no es un caso aislado. Por no mencionar a todos aquellos que son eliminados cada día, sin que sepamos nada de ellos, porque no tienen importancia para la opinión pública.

Sabattini representa un caso nada ambiguo: un ciudadano que en la Módena contemporánea —considerada una de las ciudades más desarrolladas y ricas de Italia, donde todos parecen orgullosos de los resultados de la industria y la agricultura— presenta quejas y denuncias que demuestran que en realidad la economía en su conjunto se desarrolla en contra de los intereses colectivos y del equilibrio ambiental. Nos encontramos ante un disenso radical, que ponía en un lugar difícil a las autoridades.

Esta situación difícil para las autoridades constituidas explica el internamiento de Sabattini. Si Sabattini hubiese sido uno que decía disparates, tal vez no habría sido internado, porque no se habría necesitado mucho para desmentirlo. Sin embargo, precisamente por el hecho de que era difícil desmentirlo, la única manera era internarlo en el manicomio y que fuera declarado loco por los psiquiatras, quienes desempeñan precisamente este papel al servicio del poder.

Aquellos que me conocen, o que conocen mi trabajo, saben que siempre he afirmado y afirmo que la psiquiatría no es una ciencia. En mi opinión la psiquiatría fue creada con la intención de eliminar a las

personas que constituyen un problema: puede tratarse del disidente cuyo pensamiento entra en conflicto con las autoridades, pero también del desempleado o del mendigo. La misma historia de la psiquiatría (véase Michel Foucault) es la historia de la eliminación de las personas que no encajan en los programas del poder constituido.

Volviendo a Sabattini, resulta evidente esta característica esencial de la psiquiatría. Como ya hemos dicho, Carlo Sabattini usa instrumentos jurídicos para plantear problemas importantes a los ciudadanos y a las autoridades políticas; en cambio los peritos del juez usan ideas sin contenido científico y llenas de ambigüedad, amenazando de hecho la libertad del ciudadano.

Dicen que Sabattini tendría, usando sus palabras, un «delirio reivindicacionista». Esto significaría que una persona que como Sabattini hace reivindicaciones precisas y documentadas no es un ciudadano que defiende sus derechos, como pienso yo y como piensan sus electores, sino uno que tiene la mala costumbre de protestar: podemos ver que para los peritos psiquiatras del juez el hecho de protestar contra las autoridades es un defecto, que acaba convirtiéndose en enfermedad.

Dicen, además, los peritos del juez que Sabattini sufriría de «altruismo morboso»: desafiaría a cualquiera a que explique el contenido de este concepto. También la capacidad de Sabattini de adquirir una cultura jurídica como autodidacta sería según ellos un síntoma de enfermedad. Finalmente lo acusan de proselitismo: o sea de ganar prosélitos, como hace cualquier político y cualquier ciudadano que se ocupa de los derechos colectivos.

Como se puede ver, cada característica positiva es transformada en un carácter negativo. Pero se va más allá: los caracteres negativos obtenidos de esta forma tan arbitraria son recogidos en un concepto imaginario de enfermedad.

De todas formas, aunque Sabattini se equivocara en sus críticas y sus denuncias, sería un ciudadano que comete errores defendiendo los derechos de la colectividad, no una persona que se debe definir loca e internar en un manicomio penitenciario.

***

Sabattini fue liberado después de tres meses de internamiento, con una modificación, por parte del tribunal, de la fórmula con la que había sido internado. Sin embargo tuvo que esperar más tiempo para ser liberado del estigma que le impusieron los psiquiatras.[47]

47 «Solo ahora, en septiembre de este año, a consecuencia del resultado del nuevo informe pericial psiquiátrico solicitado por el Tribunal de Apelación de Florencia (Sala de Instrucción), Carlo Sabattini es liberado de los juicios degradantes de carácter psiquiátrico y devuelto a su integridad de ciudadano y político. De hecho, el profesor Giovan Battista Cassano de la Universidad de Pisa, el profesor Adolfo Pazzagli de la Universidad de Florencia y el profesor Romolo Rossi de la Universidad de Génova, tras escuchar y examinar a Carlo Sabattini en presencia de su perito de parte doctor Giorgio Antonucci, han rechazado todas las conclusiones del informe pericial boloñés y han reconocido a Sabattini todas sus capacidades». (Del comunicado de la Lista Verde en Palazzo Vecchio, Florencia, 17 de noviembre de 1986).

14

EL CONFORMISMO Y LA DIVERSIDAD

En Viena se decía que Beethoven era semienfermo mental porque criticaba a las autoridades en voz alta en los locales públicos, no le agradaban los uniformes militares, era desconfiado, vivía solo. Robert Schumann, tras el intento de suicidio, fue recluido en un manicomio, donde murió. El mismo destino se impuso a Hugo Wolf. Sobre la locura de Vincent Van Gogh se han escrito muchas páginas. También Karl Jaspers, quien considera la psicopatología como una parte de la psicología, en su ensayo sobre la vida de Van Gogh (1954) parece, en mi opinión, extremadamente contradictorio.

> No cabe la menor duda de que Van Gogh sufrió un proceso psicótico. Solo es preciso preguntar de qué proceso se trataba. ¿Qué diagnóstico habrá que emitir? No veo motivos para diagnosticar una epilepsia, la enfermedad que le atribuyeron los médicos encargados de tratarlo, pues faltan las crisis epilépticas y el característico embrutecimiento epiléptico. Solo puede tratarse de un proceso esquizofrénico o de una parálisis progresiva. La parálisis no debe descartarse en absoluto. La forma de vida de Van Gogh sin duda dio pie con frecuencia a la posibilidad de una infección sifilítica. La pará-

> lisis solo puede demostrarse a través de síntomas físicos. No tenemos ninguna información sobre tales síntomas. El único indicio podría ser cierto descontrol en algunos de los últimos cuadros y los comentarios de Van Gogh sobre cierta inseguridad de su mano. Sin embargo, en el caso de una parálisis sería extremadamente improbable que el enfermo pudiera mantener durante dos años el sentido de la crítica y de la disciplina, teniendo en cuenta los violentos ataques psicóticos; en el caso de una esquizofrenia no es habitual, pero sí posible. Solo los escrúpulos psiquiátricos exigen tomar nota de esta mínima incertidumbre en lo que respecta al diagnóstico de Van Gogh, en contraposición a los casos de Hölderlin y Strindberg. El suicidio de Van Gogh nos ha privado de la ulterior evolución biográfica, que nos habría proporcionado una certeza aunque careciéramos de más datos clínicos.[48]

Aquí Jaspers toma en consideración tres posibles hipótesis diagnósticas. La primera es un diagnóstico neurológico, según las indicaciones de los médicos de Van Gogh, quienes atribuirían al artista un síndrome de tipo epiléptico. Sin embargo —como dice el mismo Jaspers— faltan los ataques epilépticos. Faltaría también lo que Jaspers define, de manera poco clara, como «el característico embrutecimiento epiléptico».

La segunda hipótesis diagnóstica es también una hipótesis neurológica de parálisis progresiva, que según Jaspers no es demostrable al no estar presentes, por lo que sabemos, los síntomas característicos de esta enfermedad infecciosa. Puesto que la sífilis en el estadio de infección cerebral compromete las funciones de la vida de relación, Jaspers subraya justamente que en Van Gogh el sentido de la crítica y la capacidad de relacionarse siguen inalterados.

Queda la última hipótesis diagnóstica, que ya no es, como las primeras dos, una hipótesis neuroló-

---

48 Karl Jaspers, *Genio artístico y locura: Strindberg y Van Gogh*, Barcelona, Acantilado, 2001.

gica, sino un juicio psiquiátrico: la esquizofrenia. Sin embargo Jaspers parece muy inseguro: « En el caso de una parálisis sería extremadamente improbable que el enfermo pudiera mantener durante dos años el sentido de la crítica y de la disciplina [...] en el caso de una esquizofrenia no es habitual, pero sí posible». De hecho en la esquizofrenia todo es posible, según los prejuicios de quien formula el diagnóstico. «El esquizofrénico es capaz de cualquier cosa, incluso de comportarse bien», decía Mario Gozzano. De todas formas, Jaspers declara que no cabe duda de que Van Gogh padeció un proceso psicótico.

Según el *Diccionario etimológico de la lengua italiana*[49], el término psicosis fue introducido en 1845 por Ernst von Feuchtersleben en su manual de psicología médica para definir la enfermedad mental (*Seelenkrankheit*), mientras que se definen neurosis las afecciones del sistema nervioso, de las que solo algunas pueden producir los síntomas de la psicosis.

El término está compuesto por la palabra *psykhe*, que en griego significa alma (del verbo *psykhein*, soplar), y el sufijo *-osis* (*ose* en alemán), usado en los tratados de patología para indicar la degeneración de las células, de los órganos y de los tejidos. Aplicado de forma arbitraria a la psicología (*psicosis, neurosis*) resulta no pertinente y genérico, además de despectivo hacia las personas.

El término *esquizofrenia* fue introducido en psiquiatría y psicología de la anormalidad por Eugen Bleuler. Eugen Bleuler, psiquiatra suizo (1857-1939) director del hospital psiquiátrico de Rheinau y luego de Zúrich, juzgaba a sus internados en el manicomio

49 Cortellazzo, Manlio; Zolli, Paolo, *Dizionario etimologico della lingua italiana, op. cit.*

según un mecanismo grosero y simplista, digno de las peores tradiciones del positivismo. El término psiquiátrico que introdujo, esquizofrenia, significa disociación, del griego *skhizein*, que significa escindir, dividir, y *phren*, que significa mente, juicio. La concepción de Bleuler deriva del mecanicismo simplificador de Gustav Theodor Fechner (1801-1887), fundador de la psicofísica y de Wilhelm Wundt (1832-1920), psicólogo alemán, autor entre otras cosas de los nueve volúmenes de la *Psicología de los pueblos*, que tuvieron gran influencia en la formación y el desarrollo del pensamiento racista.[50] Los conceptos de Bleuler, quien también estudió el psicoanálisis de Freud, parecen menos rígidos con respecto a los de Emil Kraepelin (1856-1926), quien había catalogado a los internados del manicomio como los libros de una biblioteca, por un lado los *deprimidos*, por el otro los *agitados*, luego los *tranquilos* y así sucesivamente.

La enfermedad mental —que, lo repito, no tiene que confundirse con las enfermedades del cerebro, que caen dentro del ámbito de competencias de la neurología— es ante todo, según la teoría de los psiquiatras, un defecto de la personalidad, una señal de decadencia intelectual y espiritual de los individuos. Se empieza con un juicio negativo hacia el pensamiento y el comportamiento de la persona acusada. Lógicamente la arbitrariedad de este tipo de juicio abre la posibilidad a cualquier uso del concepto, muy parecido al de enfermedad del alma. Cada vez que resulte conveniente, todos los hombres pueden ser incluidos o excluidos de esta definición, que no tiene nada de científico, al menos debido a su indeterminación.

---

50 Wundt, Wilhelm, *Elementos de psicología de los pueblos,* Barcelona, Alta Fulla, 1990 [1929].

Por ejemplo, el camorrista Cutolo podrá ser definido enfermo mental o no al antojo, según las conveniencias. La indeterminación del concepto puede resultar muy útil desde el punto de vista práctico. Sin embargo los psiquiatras van más allá. Las personas acusadas son sospechosas porque son consideradas no responsables de sí mismas, por lo tanto hay que secuestrarlas con un acto de autoridad y controlarlas mediante la constricción. En Italia antes de mayo de 1978 existía el internamiento forzoso en el manicomio, a partir del 1978 existe el internamiento forzoso en los hospitales de «Diagnóstico y Tratamiento».

La mayoría de los psiquiatras afirma que las personas a las que se les diagnostica una enfermedad mental son imperfectas desde los orígenes, debido a probables carencias estructurales o bioquímicas del patrimonio genético.[51] Estos pacientes serían biológicamente defectuosos desde la concepción hasta la muerte. Se trata de una trampa teórica de la que las víctimas no pueden salir, independientemente del hecho de que estén o no estén encerradas en el manicomio. Los teóricos de la biología y de la psiquiatría dicen que el defecto genético y cerebral aún no ha sido identificado, pero tal vez sea posible identificarlo con el perfeccionamiento de los instrumentos científicos de investigación.

El problema, sin embargo, es otro: ¿en quién tenemos que buscar este defecto? ¿En los homosexuales, en los anarquistas, en las prostitutas, en los disidentes, en los desempleados, en los jóvenes que se drogan? ¿O bien en los obreros que no aguantan la fábrica? ¿En los jubilados que no consiguen sobrevivir? ¿En los niños que no sacan buenas notas en el colegio? Una vez en

51 Jackson, Don D. (ed.), *Etiología de la esquizofrenia, op. cit.*

Florencia tuve que liberar de la atención de las asistentes sociales y los psiquiatras a un niño de ocho años, que había sido señalado por los profesores debido a que era zurdo. Dije a la madre que informara a los médicos de que también Leonardo da Vinci era zurdo y generalmente escribía de derecha a izquierda.

En una casa de labranza cerca de Scandicci un viejo campesino jubilado asesina a su mujer, ya casi completamente paralizada por una hemorragia cerebral, y luego se suicida. En los periódicos de 24 de julio de 1984 se publican, entre otras, las declaraciones del profesor Francesco Antonini, médico gerontólogo, y del sacerdote Gino Ciolini.

Francesco Antonini dice: «Estoy del lado de este hombre, si estuviera paralizado yo también me mataría, si pudiera hacerlo» y añade, comentando el estado de desesperada soledad en el que se encuentra una persona cuando se la considera inútil: «Desde luego puedes pensar que vales por lo bueno que hiciste en el pasado. ¿Pero creéis que los demás se acordarán de ello? ¿Entonces qué hay mejor que morir? Es una acusación contra todos, pero es una acusación justa. Lo único que sabemos hacer es recetar medicamentos, no sabemos hacer nada más».

El Padre Gino Ciolini, aun manifestando su desacuerdo de carácter ético y religioso respecto a la decisión de matar y matarse, es consciente de los motivos de la tragedia. «No juzgo, en el sentido de que comprendo la fuerza de su dolor. Estoy además de acuerdo en que la sociedad no solo empuja sino que enseña a quitar la vida, cuando uno se vuelve inútil desde el punto de vista productivo. Entonces ya no es el hombre el responsable del asesinato, sino la sociedad, que mata al hombre obsesionado por la idea de no ser

útil para nadie ni para nada. Pero esta es una cultura nihilista, según la cual una persona ya no tiene valor por haber dejado de producir».

Yo me pregunto qué habría ocurrido a este hombre en el caso de que no hubiese conseguido matarse. Habría caído inevitablemente en manos de los psiquiatras, quienes habrían completado la obra de devaluación de su existencia y habrían ocultado el verdadero significado de los acontecimientos.

***

El cincuentenario de la muerte de Freud, que un grupo de pacientes de mis pabellones de Imola conmemoró con antelación, conmigo, organizando un viaje cultural a Viena el otoño pasado, que tenía también la finalidad de protestar contra las interdicciones, tiene que ser motivo de reflexión sobre la gravedad de la situación que estamos viviendo en estos años, cada vez más impregnados de represión.

Freud descubrió que nuestra sociedad nos da miedo incluso en sueños. La neurosis —decía— es ahora lo que antes era refugiarse en un convento.

Para entenderla había recurrido ante todo al autoanálisis, mezclándose con los demás, en lugar de marcar distancias como hacen las personas de bien, de las que los psiquiatras son los representantes. Acerca del problema, debatido en particular en EEUU, de si los psicoanalistas deben o no ser médicos, respondió que no, porque el psicoanálisis no debía convertirse en esclavo de la psiquiatría.

Se consideraba de alguna manera, además, más un biógrafo que un médico, a pesar de sus grandes

méritos como neurólogo, y amaba sentirse discípulo de Goethe más que de Helmholtz.

Este año los pacientes de los que me ocupo, junto con la compañía teatral Mazzolanza-Sagré de Imola (de la que algunos son actores aficionados, otros profesionales), van a ir a París para representar «El enfermo imaginario», para ironizar sobre los médicos y la medicina, pero también para celebrar el aniversario de la revolución francesa que, al menos teóricamente, estableció la igualdad de derechos, para todos, sin discriminación.

APÉNDICE A.
EL EXPERIMENTO DE ROSENHAN[52]

El planteamiento del experimento

Los ocho pseudopacientes constituían un grupo variado. Uno era un estudiante de psicología en la veintena. Los siete restantes eran mayores y estaban «establecidos». Entre ellos había tres psicólogos, un pediatra, un psiquiatra, un pintor y una ama de casa. Tres pseudopacientes eran mujeres y el resto hombres. Todos ellos emplearon pseudónimos para evitar que sus supuestos diagnósticos les ocasionasen problemas más tarde. Aquellos que estaban en profesiones relacionadas con la salud mental alegaron otra ocupación con el fin de evitar las atenciones especiales que podría adoptar la plantilla, como cortesía, hacia colegas enfermos.[53] Con mi única excepción (yo fui el

52 Extracto del artículo «On being sane in insane places» [Estar sano en lugares insanos], publicado en la revista *Science* nº 179, 1973, pp. 250-258. Usamos como base la traducción del inglés de Carmelo Vázquez, revisada [N. del T.].

53 Además de las dificultades personales a las que el pseudopaciente seguramente tiene que enfrentarse, hay dificultades legales y sociales que, combinadas, precisan ser evaluadas con atención antes de ingresar en el hospital. Por ejemplo, una vez ingresados en una institución

primer pseudopaciente y mi presencia le era conocida al administrador del hospital y a jefe de Psicología y, en la medida de mi conocimiento, solo a ellos dos), la presencia de pseudopacientes y la naturaleza del programa de investigación no era conocida por la plantilla hospitalaria.[54]

Los entornos era igualmente variados. Con el fin de generalizar los hallazgos, se buscó la admisión en una diversidad de hospitales. Los 12 hospitales de la muestra estaban localizados en cinco estados diferentes de las Costas Este y Oeste de EEUU. Algunos eran viejos y cochambrosos, otros bastante nuevos. Algunos estaban orientados a la investigación, otros no. Algunos tenían una buena ratio paciente-plantilla, otros estaban bastante infradotados. Solo uno era un hospital estrictamente privado. Todos los demás estaban subvencionados por fondos federales o estatales o, como uno de ellos, por fondos universitarios.

Tras llamar al hospital pidiendo hora, el pseudopaciente llegaba a la oficina de admisiones quejándose

psiquiátrica es difícil, si no imposible, ser dados de alta en brevedad tras un preaviso, a pesar de que la ley estatal prevé lo contrario. En el momento en que empecé este proyecto no tenía conocimiento de estas dificultades, ni de otros eventuales episodios personales o vinculados a las situaciones particulares que hubieran podido producirse; sin embargo, más tarde cada pseudopaciente que se preparaba para entrar en el manicomio preparaba un documento de *habeas corpus* y un abogado estaba a disposición día y noche durante cada hospitalización. Agradezco a John Kaplan y Robert Bartels los consejos y la asistencia legal proporcionada con respecto a estas cuestiones.

54 A pesar de parecer algo indigno, el hecho de no revelar nuestra identidad fue el primer paso necesario para poder realizar el experimento. Sin permanecer de incógnito habría sido imposible tener la posibilidad de conocer el valor efectivo de nuestra experiencia, así como saber si los datos obtenidos eran atribuibles a la perspicacia diagnóstica del personal o bien a los rumores que circulaban por el hospital. Desde luego, al ocuparme de estos problemas desde un punto de vista general, y no de hospitales o equipos médicos particulares, he respetado el anonimato y he eliminado cualquier observación que hubiera podido identificarlos.

de que había estado oyendo voces. Preguntado por lo que decían las voces, contestaba que eran normalmente confusas, pero en la medida en que podía asegurarlo, decían «vacío», «hueco» y «apagado». Las voces no eran familiares y eran del mismo sexo que el paciente. La elección de estos síntomas provino por su semejanza aparente con síntomas existenciales. Tales síntomas se supone que surgen de preocupaciones dolorosas sobre la percepción de que la vida de uno no tiene ningún sentido. Es como si la persona que está alucinando estuviese diciendo, «Mi vida está vacía y hueca». La elección de estos síntomas estuvo también determinada por la *ausencia* en la literatura de tan siquiera un informe sobre psicosis existenciales.

Además de alegar estos síntomas y de falsificar el nombre, la vocación y el empleo, no se efectuó ninguna otra alteración de la persona, su historia o sus circunstancias. Los acontecimientos significativos de la historia vital del pseudopaciente se presentaban como realmente habían acontecido. Las relaciones con los padres y hermanos, con el cónyuge y los hijos, con la gente del trabajo y de la escuela, haciéndolas consistentes con las excepciones arriba mencionadas, se describieron como eran o habían sido. Se describían tanto las frustraciones y malestares como las alegrías y satisfacciones. En caso de existir algún sesgo por parte de los pseudopacientes, favorecía fuertemente la detección de la cordura, dado que ninguna de sus historias ni de sus conductas actuales eran, de ningún modo, gravemente patológicas.

Nada más ingresar en la unidad psiquiátrica, el pseudopaciente cesaba la simulación de *cualquier* síntoma de anormalidad. En algunos casos se dio un breve período de nerviosismo y ansiedad medios ya

que ninguno de los pseudopacientes realmente creyó que serían admitidos con tanta facilidad. De hecho, compartían el temor de que el fraude sería inmediatamente detectado y pasarían una situación muy comprometedora. Además, muchos de ellos jamás habían visitado una unidad psiquiátrica; incluso aquellos que habían tenido esa experiencia, tuvieron no obstante algún temor pasajero sobre lo que les podría suceder. Su nerviosismo, por tanto, era bastante pertinente a lo nuevo que les resultaba el recinto psiquiátrico, y desapareció rápidamente.

Aparte de ese fugaz nerviosismo, el pseudopaciente se comportaba en la unidad como lo hacía «normalmente». El pseudopaciente hablaba a los pacientes y a la plantilla como podría hacerlo normalmente. Dado que hay extraordinariamente poco que hacer en una unidad psiquiátrica, intentaba entablar conversación con otros. Cuando alguien de la plantilla le preguntaba cómo se sentía, indicaba que estaba bien, que ya no experimentaba ningún síntoma. Respondía a las instrucciones del personal, a las llamadas para recibir la medicación (que no ingería) y a las instrucciones del comedor. Además de las actividades que se le permitían conforme a su diagnóstico, empleaba su tiempo anotando sus observaciones sobre la unidad, los pacientes y la plantilla. Al principio estas notas se escribían «secretamente», pero tan pronto como quedó claro que no le importaban mucho a nadie se comenzaron a escribir en hojas de papel normales en sitios públicos tales como la sala de día. No se guardó secreto de estas actividades.

El pseudopaciente, de modo muy parecido al de un verdadero paciente psiquiátrico, entró en el hospital sin ningún conocimiento previo de cuándo sería dado

de alta. Se le dijo a cada uno que debería salir por sus propios medios, fundamentalmente convenciendo a la plantilla de que estaba cuerdo. El estrés psicológico asociado con la hospitalización fue considerable, y todos los pseudopacientes, excepto uno, desearon ser dados de alta casi inmediatamente después de ser admitidos. Estaban, por lo tanto, motivados no solo a comportarse de modo juicioso, sino a ser parangones de cooperación.

El que su conducta no estuviese en modo alguno alterada, queda confirmado por los informes de las enfermeras, los cuales se han obtenido en la mayoría de los casos. Estos informes indicaban que los pacientes eran «amistosos», «cooperativos» y «no manifestaban ningún signo de anormalidad».

Los normales no son identificables como cuerdos

A pesar de su «demostración» pública de cordura, los pseudopacientes jamás fueron detectados. Admitidos, excepto en un caso, bajo un diagnóstico de esquizofrenia,[55] todos fueron dados de alta con un diagnóstico de esquizofrenia «en remisión». La etiqueta de «en remisión» no debería ser dejada de lado como una mera formalidad, puesto que en ningún momento de la hospitalización se suscitó ninguna cuestión sobre la simulación de ningún pseudopaciente. Tampoco existe ninguna indicación en los informes hospitalarios de que el pseudopaciente estuviese bajo sospecha.

55 Hecho interesante, de los 12 ingresados 11 fueron diagnosticados esquizofrénicos y uno, con una sintomatología idéntica a la de los demás, como psicótico maníaco-depresivo. Este diagnóstico tiene un pronóstico más favorable y fue realizado por el único hospital privado de nuestro experimento. Con respecto a las relaciones entre clases sociales y diagnóstico psiquiátrico, véase Hollingshead, A.B.; Redlich, F.C., *Social Class and Mental Illness*, Nueva York, Wiley, 1958.

Por el contrario, existe una fuerte evidencia de que, una vez etiquetado como esquizofrénico, al pseudopaciente se le adjuntó esa etiqueta. Si se iba a dar el alta al pseudopaciente, naturalmente debía estar «en remisión»; pero no estaba cuerdo ni, desde el punto de vista de la institución, lo había estado nunca. [...]

El fallo en detectar la cordura durante el curso de la hospitalización puede deberse al hecho de que los médicos operen con un fuerte sesgo hacia lo que los estadísticos denominan Error de Tipo II. Es decir, los médicos se inclinan más a llamar enferma a una persona sana (un falso positivo, Tipo II) que a llamar sana a una persona enferma (un falso negativo, Tipo I). Las razones de esto no son difíciles de hallar: es claramente más peligroso diagnosticar erróneamente la enfermedad que la salud. Mejor errar por el lado de la precaución, sospechar enfermedad incluso entre los sanos.

Pero lo que puede mantenerse para la medicina, no se mantiene igual de bien para la psiquiatría. Las enfermedades médicas, si bien desgraciadas, no son normalmente peyorativas. Los diagnósticos psiquiátricos, por el contrario, conllevan estigmas personales, legales y sociales.[56]

Era por lo tanto importante ver si se podía dar la vuelta a la tendencia de diagnosticar como loco al cuerdo. El siguiente experimento se planeó en un hospital de investigación y enseñanza cuya plantilla había oído de estos hallazgos pero dudaba de que tal error pudiera darse en su hospital.

56 Cumming, J.; Cumming, E., *Community Mental Health,* nº 1, 1965, pág. 135; Farina, A.; Ring, K., *Journal of Abnormal Psychology*, nº 70, 1965, pág. 47; Freeman, H.E.; Simmons, O.G., *The Mental Patient Comes Home*, Nueva York, Wiley, 1963; Johansen, W.J., *Mental Hygiene*, nº 53, 1969, pág. 218; Linsky, A.S., *Social Psychiatry*, nº 6, 1970, pág. 166.

Se informó a la plantilla de que en algún momento, durante los tres meses siguientes, uno o más pseudopacientes intentarían ser admitidos en el hospital psiquiátrico. Se pidió a cada miembro de la plantilla que evaluase a cada paciente que se presentase en la sala de admisiones conforme a la probabilidad de que dicho paciente fuese un pseudopaciente. Se utilizó una escala de diez puntos, reflejando el 1 y el 2 una alta confianza en que el paciente fuese un pseudopaciente.

Se obtuvieron juicios de 193 pacientes que fueron admitidos a tratamiento psiquiátrico. Se pidió efectuar juicios a toda la plantilla que había tenido un contacto sostenido con el paciente o una responsabilidad primaria hacia él (ayudantes, enfermeras, psiquiatras, médicos y psicólogos). Cuarenta y un pacientes fueron señalados, con una alta confianza, como pseudopacientes por al menos un miembro de la plantilla. Veintitrés fueron considerados sospechosos por al menos un psiquiatra. Diecinueve fueron objeto de sospecha por un psiquiatra y otro miembro de la plantilla.

De hecho, ningún genuino pseudopaciente (al menos de mi grupo) se presentó durante este período.

El experimento es instructivo. Indica que la tendencia a denominar loca a gente cuerda puede ser modificada cuando los premios (en este caso, prestigio y perspicacia diagnóstica) son altos. Pero ¿qué puede decirse de las diecinueve personas que eran sospechosas de estar «cuerdas» por un psiquiatra y otro miembro de la plantilla? ¿Estaban verdaderamente «cuerdas», o más bien el hecho era que con el fin de evitar el error de Tipo II, la plantilla tendió a hacer más errores del primer tipo llamando «cuerdo» al loco? No hay ningún modo de saberlo. Pero una cosa es cierta: cualquier proceso diagnóstico que se preste por sí mismo tan

fácilmente a errores masivos de este tipo no puede ser un proceso muy fiable.

El alto poder adhesivo de las etiquetas psicodiagnósticas

Además de la tendencia de llamar enfermo al sano —una tendencia que explica mejor la conducta diagnóstica en la admisión que tal conducta tras un período prolongado de exposición— los datos nos hablan del masivo papel del etiquetado en la evaluación psiquiátrica. Habiendo sido etiquetado una vez como esquizofrénico, no hay nada que el paciente pueda hacer para superar la etiqueta. La etiqueta colorea profundamente las percepciones que otros tienen de él y su conducta. [...]

Ahora sabemos que no podemos distinguir la cordura de la locura. Es deprimente considerar cómo se va a utilizar esa información. No solo deprimente, sino que da miedo. ¿Cuántas personas en nuestras instituciones psiquiátricas, uno se pregunta, están en su sano juicio pero no se les reconoce su estado? ¿Cuántos han sido innecesariamente privados de sus derechos como ciudadanos, desde el derecho a conducir y votar hasta el de controlar sus cuentas bancarias? ¿Cuántos han fingido locura para evitar las consecuencias criminales de su conducta y, de modo inverso, cuántos preferirían someterse a un juicio en vez de vivir indefinidamente en un hospital psiquiátrico pero se piensa erróneamente que están mentalmente enfermos? ¿Cuántos han sido estigmatizados por diagnósticos bien intencionados pero, sin embargo, erróneos? En este último punto, recuérdese de nuevo que un «error de Tipo II» en un diagnóstico psiquiátrico no tiene las mismas consecuencias que en un diagnóstico médico. Un diagnóstico

de cáncer que se descubre erróneo es motivo de celebración. Pero los diagnósticos psiquiátricos raramente se descubre que son erróneos. La etiqueta, una marca de anormalidad, se adhiere para siempre.[57]

57 Al final de la relación, Rosenhan está desconcertado: «Está claro que no podemos distinguir al cuerdo del loco en los hospitales psiquiátricos». Si Rosenhan se alejara un poco de su profesión llegaría a la conclusión, de acuerdo con nosotros, de que esta distinción es completamente subjetiva también fuera de los hospitales psiquiátricos. Rosenhan parte de la base de que junto a los enfermos clandestinos que él introdujo (pseudopacientes) están los «verdaderos» pacientes. Si el destino de los falsos pacientes hubiese dependido del juicio de los psiquiatras en lugar del de los abogados, notarios y experimentadores, habrían resultado «verdaderos» pacientes a los ojos de la sociedad, ni más ni menos que el resto de pacientes.

APÉNDICE B.
CONVERSACIÓN CON THOMAS SZASZ[58]

P.C. —[…] En un artículo publicado recientemente en «Collettivo R», Antonucci reconoció que le debe a usted y a sus libros varios aspectos de su forma de pensar y trabajar.

T.S. —Sin duda hay una sintonía, un acuerdo de fondo. Podría decir que Antonucci y yo destacamos aspectos distintos del mismo punto de vista general. Digamos que, si estuviéramos describiendo una casa de seis o siete habitaciones, yo podría centrarme en la importancia de una habitación con respecto a otra, pero estaríamos de acuerdo en la organización de la casa en su conjunto: en este caso, que hace falta derribar la casa por completo. Ahora reanudemos el discurso punto por punto.

P.C. —La primera pregunta es: ¿Hasta qué punto la nueva psiquiatría respeta los derechos humanos?

58 Conversación grabada por Piero Colacicchi en Zúrich el 28 de junio de 1981 en el 1er Congreso Internacional de la Liga para la defensa de los derechos humanos acerca del tema «Psiquiatría y derechos humanos». La traducción integral se publicó en «Collettivo R», 26-28 de mayo de 1982.

T.S. —Quisiera ante todo decir que estoy de acuerdo con lo que ha dicho Antonucci, o sea que la nueva psiquiatría, la vieja psiquiatría, llamémosla como queramos, es principio y práctica de violencia: por lo tanto, si estamos en contra de la violencia, la psiquiatría debe ser eliminada. Quisiera añadir una precisión, aunque semántica y en realidad un poco compleja para una conversación tan breve. Nosotros, hablando de psiquiatría –digo nosotros para decir yo, sin embargo pienso también en Antonucci– queremos hablar de lo que tradicionalmente es llamado *asylum psychiatry*, es decir psiquiatría hospitalaria, psiquiatría de los manicomios, en vez de psicoterapia como actividad privada, ya que yo no considero esa práctica como psiquiatría, o sea como medicina. No es esta la casa, volviendo a la imagen de antes, de la que estamos hablando.

P.C. —Precisamente. Lo que usted dice me recuerda una frase de *Los arrabales de Cannery* de John Steinbeck: «el derecho de un hombre a matarse es inviolable, pero a veces un amigo puede hacer que este acto no sea necesario».

T.S. —¡Y si es un amigo tiene el deber de ayudarlo!

P.C. —En resumen, el núcleo de la cuestión es que no se trata de problemas médicos, son cosas que no tienen nada que ver con la medicina.

T.S. —Exacto, no son problemas médicos. Pero hay más: es necesario que ayuda no signifique nunca coerción, tampoco que una coerción esté justificada como ayuda. Con esto pienso haber contestado la primera pregunta.

P.C. —La segunda pregunta es la siguiente: ¿Qué ha ocurrido en Italia en los últimos años con respecto a la psiquiatría? La respuesta de Antonucci analizaba las

distintas posiciones, empezando por la antiinstitucional de Basaglia…

T.S. —Examinemos estas posiciones de una en una. Con respecto a las vinculadas con las instituciones, en cierto sentido ya hemos hablado de ello en la primera pregunta. Pero también en este caso quisiera hacer una breve observación, de forma muy concisa ya que se trata de un tema que precisaría de mucho espacio.

Quisiera destacar brevemente el hecho, bastante obvio, de que existen dos situaciones específicas que tradicionalmente llevan a la gente al hospital psiquiátrico, donde luego se convierten en pacientes fijos. La mayoría de ellos han sido internados, de alguna manera, en contra de su voluntad y son personas que habrían podido organizarse su vida solas. Sin embargo existe también otro grupo de personas a las que debemos garantizar un cierto espacio, independientemente de su número, que es una cuestión compleja que nos alejaría de nuestro tema. Hubo personas, en el pasado, y hay personas hoy, en América pero también, imagino, en Italia o aquí en Suiza, que por algún motivo —que en este momento no me interesa exponer: digamos por cuestiones suyas, por problemas o incapacidad propia, de sus familias o de la sociedad, por problemas de carácter económico u otros— simplemente ya no pueden arreglárselas por sí solas y están más que contentas de retirarse en instituciones que les ofrecen refugio. Es algo parecido a lo que ocurría en el pasado, cuando muchos se retiraban a los monasterios o al desierto o bien se enrolaban en la Legión Extranjera. Yo no estaría totalmente de acuerdo en que se elimine, mediante leyes, esta posibilidad de elección. Una posibilidad que desaparecería en el momento en que se cerraran todos

los llamados hospitales psiquiátricos, mientras que a mí me gustaría mantenerla, siempre que *no* se esté bajo el control de la medicina, *ni* bajo el control psiquiátrico: esto es sumamente importante. No hay que olvidar que esta es una necesidad que la psiquiatría satisfacía y que no se debería eliminar esta función de los hospitales… de lo contrario se acabaría, como se dice en América, «tirando la fruta sana con la podrida». Lo repito, el noventa y nueve por ciento de la psiquiatría manicomial es maldad y violencia, sin embargo entre las funciones del manicomio estaba también la de dar un techo y algo de comer a quien lo necesitaba. Es necesario conservar un espacio que satisfaga estas necesidades, es una cuestión de conciencia y sentido común.

P.C. —A este respecto, me gustaría que usted fuera a Imola para ver lo que Antonucci ha hecho para hacer posible la existencia a esos internados quienes, tras años de violencia psiquiátrica, se encuentran sin perspectivas ni medios para vivir fuera del manicomio.

T.S. — Lo sé y estoy ansioso por ir. Volviendo a lo que decíamos, tengo la impresión, desde que he visto y leído sobre el trabajo de Basaglia —no querría equivocarme, ya que no estoy muy bien informado sobre lo que ha ocurrido en Italia—tengo la impresión, decía, de que él pidiera con demasiada facilidad la abolición de las instituciones. Tal vez deja demasiado margen para la abolición *también* de esta función que yo considero positiva.

P.C. —¡Que además tampoco ha sido abolida!

T.S. —Exacto, ¡muy bien!

P.C. —Analicemos entonces el segundo movimiento, el antipsiquiátrico, para entendernos el movimiento vinculado con la antipsiquiatría inglesa de

Laing, Cooper, etc., que Antonucci define como «un intento de interpretar los conceptos psiquiátricos de una manera distinta».

T.S. —Estoy totalmente de acuerdo con esa definición y pienso que Antonucci está en contra de ese movimiento, o lo espero.

P.C. —Naturalmente, es lo que ha dicho muchas veces.

T.S. —Yo también estoy totalmente en contra. La antipsiquiatría se equivoca tanto como la psiquiatría tradicional. Sin embargo, al representar una critica a la psiquiatría tradicional, hay también que defenderla. Sobre este punto debemos ser muy claros.

P.C. —De hecho el orden en que Antonucci expuso los diferentes movimientos representa un juicio sistemático, un enfoque crítico de la situación.

T.S. —También en este caso me parece que Antonucci y yo estamos casi —diría incluso totalmente— de acuerdo. Pienso que lo que afirman los psiquiatras ingleses, o sea, diciéndolo a mi manera, que a) la esquizofrenia no existe y b) que ellos saben curarla, demuestra su deshonestidad y estupidez. Eso es precisamente psiquiatría… y es una pena.

P.C. —La tercera posición, es decir la de Antonucci y la que, según nosotros, es también la suya, viene representada por el pensamiento no-psiquiátrico, que considera la psiquiatría una ideología sin contenido científico…

T.S. —Estoy totalmente de acuerdo. Es aun peor: es un contenido pseudocientífico, que es peor que no científico. Se trata de una falsa ciencia.

P.C. —… cuya finalidad es aniquilar a las personas en vez de entender su historia.

T.S. —Exacto. Por lo tanto nuestra tarea es pasar de la jerga y del lenguaje pseudocientífico, de la ideología de la psiquiatría, al lenguaje cotidiano, haciendo frente a los problemas morales, económicos, políticos y humanos que la psiquiatría esconde.

P.C. —Es sobre esta base sobre la que Antonucci ha llegado al último punto de su intervención, de propuesta, vinculado a su experiencia en Reggio Emilia, cuando consiguió convencer a grupos de personas a entrar, en cierto modo por la fuerza, dentro del manicomio [...]. Antonucci propuso a la población una intervención directa en las instituciones no solo con la finalidad de criticar la teoría y la práctica psiquiátricas, sino también para que todos se dieran cuenta de los problemas reales que producen los internamientos. Conocer los problemas reales de la sociedad y de las personas significa derrumbar los fundamentos mismos de la psiquiatría. ¿Qué opina usted de esta propuesta?

T.S. —No sé bien qué opinar en tan poco tiempo y no querría parecer demasiado pesimista, pero esta idea me gusta, digámoslo así, con el corazón pero no con la cabeza. Le explico el porqué: una de las razones por las que existen problemas de este tipo —y existen muchos otros problemas en el mundo además de los vinculados con la psiquiatría— es que la mayoría de las personas, casi siempre, no quiere saber qué sucede realmente, al contrario, quiere negarlo; y usa precisamente la psiquiatría para negarlo.

Cuando usted y Antonucci afirman que las personas deben entrar en los hospitales psiquiátricos y ver lo que allí sucede, suponen que quieren saberlo, mientras que la evidencia demuestra lo contrario: no lo quieren saber en absoluto.

Y le voy a decir algo más, para precisar mejor mi punto de vista: yo no creo que sea necesario entrar en un manicomio para saber lo terrible que es, así como no hace falta ir a Auschwitz o a una plantación con esclavos para saber lo horrible que son. Los manicomios ya han sido descritos minuciosamente desde hace por lo menos cien años, por Chéjov, por Kean Keasey en su libro *Alguien voló sobre el nido del cuco*, por mí y muchos otros. Se puede leer sobre los manicomios en artículos y en libros; se pueden leer textos clásicos, por ejemplo los de Shakespeare, y darse cuenta a través de muchos escritos de que el término «enfermedad mental» no significa nada. Es por eso que me impresiona la ambivalencia de la gente, la gente común, ante este problema: por un lado siente cierta necesidad de compadecerse de los llamados enfermos mentales, o de personas con problemas, pero por otro lado no quiere tener nada que ver con ellos. De una manera u otra tiene tendencia a buscar un modo cómodo de guardar las distancias entre sí misma y los que sufren: esto lo consigue a través de la psiquiatría.

Es decir, es la gente común, en mi opinión, quien hace de cómplice, o mejor dicho de instigadora de los crímenes perpetrados por la psiquiatría: el hombre y la mujer comunes —el abogado, el policía, el legislador, el juez— son los conspiradores, o como decía antes los instigadores de los psiquiatras. El psiquiatra no es más que un ejecutor.

Es por eso que en mi opinión nuestra tarea, ahora, es más que nada la de ser educadores morales, como aquellos que vivieron en el momento culminante de la Inquisición o la esclavitud, cuando la mayoría de las personas apoyaba aquellas instituciones dominantes. Hoy en día la mayoría de la gente —también aquí, en

un país por lo demás agradable como Suiza— no quiere saber qué sucede en los hospitales. Ahora escúcheme: durante estos últimos dos días, aquí en el congreso, no se ha hecho otra cosa que describir repetidamente los crímenes de la psiquiatría. Bueno, cuando he vuelto, hoy después del almuerzo, era aún temprano pues me he quedado a charlar con las tres chicas del puesto de libros. ¿Sabe qué decían? Hemos hecho amistad y al final me han confesado: «Oiga, hemos escuchado todas esas críticas a la psiquiatría, sin embargo no nos parece posible que sea verdad».

P.C. —Lo sé, lo sé. Se trata también de conformismo.

T.S. —Ciertamente, es conformismo, el no querer saber. Pero hay otro elemento muy, muy importante: la profesión médica —psiquiatras y médicos— tiene de alguna manera el papel combinado de sacerdote y progenitor, y la gente no quiere saber…

P.C. —Y de protectora del moralismo…

T.S. —Ciertamente, y de protectora del moralismo. Nadie sabe cuánto pueden ser peligrosas, incluso malvadas, las personas con este tipo de poder, moral y político. Yo pienso que son estas las cosas que tenemos que cuestionar e intentar hacer llegar a la gente, y eso es posible tanto a través de la educación como a través de los métodos adoptados por Antonucci en Italia… En mi opinión, hace falta utilizar todas las maneras posibles, porque el método mejor puede variar según el país, debiendo considerar el temperamento y las tradiciones locales. Yo pienso que los italianos estáis, en cierto sentido, más predispuestos a la comprensión recíproca que los escandinavos, por ejemplo, o los americanos, y tal vez vuestro método funcione mejor en Italia que aquí en Suiza.

P.C. —La cosa importante, de todas formas, es criticar radicalmente todo lo que la psiquiatría representa.

T.S. —Y hay algo más: cabe señalar que nuestra crítica total es certera al cien por cien y que la psiquiatría es al cien por cien una mentira. Depende de nosotros aprovechar la ventaja.

LA FIESTA[59]

Giorgio Antonucci no tiene nada del médico tradicional, atareado, autoritario, sin entusiasmo que solemos conocer. Su rostro triste expresa una dulzura suave, aguda, casi dolorosa. Sus ojos están llenos de una tímida y absorta atención.

Dacia Maraini

Es un sábado frío. La nieve amontonada al borde de la carretera se derrite lentamente chorreando agua negra. Imola está a tres grados bajo cero. Las ruedas del coche resbalan sobre una capa de escarcha helada. Pregunto por el hospital de La Scaletta. Me indican un muro alto tras el cual se levantan unos bloques ama-

59 *La fiesta* es un extracto de la entrevista que la escritora italiana Dacia Maraini realizó en 1978 a Giorgio Antonucci, entonces responsable de tres pabellones del hospital psiquiátrico de Imola. En cinco años de trabajo, Giorgio Antonucci devolvió la libertad a los internados, eliminando cualquier método de coerción. Algunos meses antes de la entrevista había sido promulgada la Ley 180 (conocida como «Ley Basaglia»), a la que se hace referencia en el texto. El lugar de «La fiesta» es el pabellón de las antes llamadas mujeres agitadas. El texto está disponible online en https://www.perspectivasanomalas.org/2016/12/05/dialogo-dacia-maraini-%c2%b7-giorgio-antonucci/ y en https://ctxt.es/es/20161130/Politica/9841/Giorgio-Antonucci-entrevista-psiquiatria-Italia-Dacia-Maraini.htm (última visita: 29 de octubre de 2018) [N. del T.].

rillos. Pregunto por el pabellón 10. Está allí, me dicen. Tomo un camino corto y ancho bordeado por grandes castaños de Indias y aparco al lado de un autobús celeste.

Una vez abierta la puerta del pabellón, me encuentro en una sala larga y estrecha abarrotada de gente. Al fondo bajo un fresco de mares undosos en los que navegan barcos con velas rojas, están los chicos de L'Aquila que han venido para tocar. Entre la orquesta y la puerta hay muchas sillas con muchos ingresados, mujeres y hombres. La fiesta la han organizado ellos, con la ayuda del doctor Antonucci y de los enfermeros.

Una mujer vestida de amarillo y lila me abraza y me besa en ambas mejillas. Otra mujer delgada, sin dientes, con el pelo desgreñado, los ojos resplandecientes y una sonrisa triste, se sienta a mi lado y me explica, con gestos y palabras confusas pero llenas de entusiasmo, lo que soñó la noche anterior. La música de Mozart, con su armonía explosiva, dilata el espacio, penetra estos rostros contraídos marcados por las torturas, transformando la fealdad en belleza; se vuelve placer líquido y delicado.

Los chicos de la orquesta, con sus barbas, sus tejanos y su pelo largo tocan blandiendo impetuosamente los cuernos, los violonchelos y los oboes. Algunos de los ingresados empiezan a bailar. Otros escuchan boquiabiertos, dejándose mecer por la maravilla de aquellas notas. Una mujer me invita a bailar. Es baja, robusta, el pelo negro e híspido le rodea el rostro de rasgos marcados. Le faltan los dientes frontales, como a muchas otras; tiene ojos brillantes, una expresión de hilaridad obstinada que la hacen infantil a pesar de sus años.

Bailamos como dos osos, en un abrazo torpe y pesado. Más tarde me enteraría de que esta mujer

estuvo atada durante años, y cuando el pabellón era cerrado no conseguía hablar, comer sola, escupía a cualquiera que se le acercara, rechazaba la ropa y los zapatos. Ahora baila, habla, come, camina como una persona cualquiera.

Nadie había pensado en muchos años que precisamente en el acto de escupir se encontraba el signo de su integridad: en vez de convertirse en un vegetal como querían los médicos, se obstinaba en protestar, de la única manera todavía posible, contra la reclusión. Sometida a *electroshocks* (recibió más de cincuenta), atiborrada de psicofármacos, atada de pies y manos con una mordaza en la boca, era objetivamente una «idiota». Ahora ha vuelto a ser una persona inteligente.

Pasa una enfermera con una bandeja repleta de pastas. Los ojos ávidos de los ingresados miran fijamente los pastelillos. Para todos los recluidos la comida se ha vuelto sagrada: en la comida buscan cariño, satisfacción sexual, magia. La comida, sobre todo los dulces, recuerdan al recluido que su cuerpo existe también para sentir placer, que su barriga no es solo un saco en el que se meten las sopas y las medicinas para sobrevivir, sino también un sitio donde dejar deslizar algo completamente inútil, incluso dañino, ¡pero tan caprichoso, tierno y delicioso! Un ingresado que estaba a punto de salir vuelve atrás, deja religiosamente su chaqueta en una silla y espera con paciencia que le llegue la bandeja. Una mujer se seca la boca con una atención meticulosa, deja el vaso de papel lleno de naranjada debajo de la silla, se inclina hacia delante lista para recibir su parte.

Piero Colacicchi, uno de los artistas que colaboran con el doctor Antonucci, me pregunta si quiero dar una vuelta por los demás pabellones. Le digo que sí.

Salimos al frío de un crepúsculo celeste y plateado. Caminamos a través de castaños de Indias, tilos, acacias perfumadas entre los edificios todos iguales del ex hospital psiquiátrico. Muchas ventanas están iluminadas. Tras las ventanas se vislumbran unos rostros blancos, atónitos. Llamamos a una puerta. Nos abre una enfermera con un gran manojo de llaves en la cintura. En la sala hay unas cuarenta mujeres encerradas en batas grises todas iguales. Nos asalta un hedor a desinfectante mezclado con comida ordinaria y sudor que marea. Tres enfermeras robustas, prácticas, llenas de sensatez y alegría nos enseñan el dormitorio con las camas perfectamente limpias, alineadas una al lado de la otra, el refectorio con las mesas con manteles de plástico de cuadros.

Aquí duermen, aquí comen, aquí descansan. Tres grandes salas en las que conviven cuarenta y cinco mujeres de todas las edades. Los aseos son cuatro, los cuartos de baño dos, los lavabos seis. La puerta de entrada está cerrada con llave. Las ventanas están enrejadas. La diferencia con los pabellones abiertos es palpable. Allí los ingresados se sienten dueños de sí mismos, aquí son propiedad de las personas que los controlan y castigan. Allí van vestidos de todos los colores, con ropa que han elegido ellos; aquí llevan uniformes que mortifican sus cuerpos y hacen que parezcan todos iguales. Allí se les escucha como personas que han tenido dificultades con el ambiente en el que vivían pero no por eso han perdido la capacidad de entender y sentir: aquí se les trata con la afabilidad paternalista de quien decide por ellos, actúa por ellos, piensa por ellos.

Las enfermeras no pueden no hacer lo que los médicos les dicen que hagan. Su personalidad emer-

ge clandestinamente en las relaciones personales con las hospitalizadas, y se trata de relaciones hechas de crueldad y dulzura como todas las relaciones no libres. Ellas con gusto se vuelven madres a veces muy tiernas y cordiales, a veces violentas y sádicas. No pueden, porque no están autorizadas y nadie se lo ha enseñado, tener una relación de igual a igual. En otro pabellón cerrado únicamente de hombres noto que el movimiento ocurre siguiendo líneas horizontales. Las mujeres dan vueltas en círculos, los hombres andan arriba y abajo trazando paralelas en el suelo desgastado.

Un chico me enseña una caja de cartón en la que guarda su secreto. Quiere que toque la caja pero no debo abrirla. Sus orejas son como dos rizos de carne. Es sordo y mudo. Y mira con dos ojos dolorosos y lejanos. Otro se presenta cometido, saluda, se arregla el pelo, dice algunas frases ceremoniosas, vuelve a saludar, se aleja. Tienen algo espectral, apagado que, ahora lo entiendo, se debe sobre todo a los psicofármacos. Pasamos del pabellón masculino cerrado al pabellón abierto. La atmósfera es enseguida distinta: caos, voces, desorden, colores.

Se nos acerca un hombre medio desnudo que se mueve a cuatro patas. El peso del cuerpo se apoya todo en las dos manos gruesas y callosas. Los hombros son de luchador; las piernas, atrofiadas, blandas y raquíticas, cuelgan sin fuerza. Este hombre ha permanecido encerrado y atado desde que tenía ocho años. Hoy tiene cuarenta y hace poco que está libre de moverse como quiera. Mira a su alrededor adusto y resuelto; el candor le ilumina las mejillas. En su mirada hay el recuerdo inquietante de quien fue obligado a convertirse en mono para sobrevivir. Volvemos a la fiesta en el pabellón abierto de las mujeres. Ahora muchos de los

ingresados charlan con los de la orquesta apiñándose en torno a los instrumentos, rozándolos, probándolos. La mayoría de las sillas están vacías. Hay vasos de papel desparramados por el suelo. Hay una atmósfera de excitación lánguida de final de fiesta, un calor difuso que empaña los cristales e ilumina las mejillas de los ingresados.

Antes de irnos, ya es hora de cenar, visitamos el dormitorio donde algunas mujeres han permanecido en la cama por estar enfermas. Nos acogen con bromas, alegremente, excepto una que sufre dolores de barriga agudos y gime en voz baja, en su rincón. Las paredes están cubiertas de grabados coloreados, dibujos, flores, estrellas. Una chica en bata va y viene trayendo dulces.

Mientras los chicos del Grupo de Cámara de L'Aquila guardan sus instrumentos y los pintores que colaboran en las iniciativas culturales (entre los cuales Luca Bramanti, que ha pintado muchos de los frescos aquí) se preparan para regresar a casa, hago algunas preguntas a Antonucci. Primero le pregunto por qué, visto el buen resultado que él ha conseguido, no se hace lo mismo en los demás pabellones.

G. A. —Ante todo porque cuesta mucho esfuerzo –contesta Antonucci con su voz quieta, dulce– han sido necesarios cinco años de trabajo muy duro para devolver la confianza a estas mujeres; cinco años de conversaciones, de presencia también nocturna, de relación personal. Pero no se trata de una técnica, sino de una manera diferente de considerar las relaciones humanas.

D. M. —¿En qué consiste este método nuevo con respecto a los denominados enfermos psíquicos?

G. A. —Para mí significa que los enfermos mentales no existen y la psiquiatría tiene que ser

completamente eliminada. Los médicos deberían estar presentes solo para curar las enfermedades del cuerpo. Históricamente aquí la psiquiatría nació en el momento en que la sociedad se organizaba de una forma cada vez más rígida, y necesitaba grandes desplazamientos de mano de obra. Durante estas deportaciones, hechas en condiciones difíciles, hostiles, muchas personas quedaban trastornadas, confusas, ya no producían bien; entonces era necesario apartarlas. Rosa Luxemburg dice: «Con la acumulación del capital y el desplazamiento de las personas se ensanchan los guetos del proletariado». En el siglo XVII en Francia, cuando se forma la monarquía absoluta (el Estado), los manicomios eran llamados «lugares de hospedaje para personas pobres que molestan a la comunidad».

La psiquiatría vino más tarde como cobertura ideológica. En el tratado de psiquiatría de Bleuler, inventor del término *esquizofrenia*, se dice que esquizofrénicos son aquellos que sufren de depresiones, que se inmovilizan o dan vueltas por el patio de manera obsesiva. ¿Pero qué otra cosa podían hacer recluidos así? Finalmente Bleuler termina, sin querer, cómicamente: «Son tan raros que a veces se parecen a nosotros».

D. M. —Entonces, tú dices que la enfermedad mental no existe y que existen conflictos sociales ante los cuales algunas personas más frágiles o más oprimidas sucumben.

G. A. —A menudo son los médicos quienes crean al enfermo. Te pongo un ejemplo que me ha ocurrido recientemente en Florencia. Un niño zurdo es regañado por la maestra porque «diferente» a los demás. El maestro de música señala que el alumno no marca bien el compás. El niño empieza a sentirse inferior a los demás, se niega ir a la escuela. La madre habla de ello

con la maestra quien le dice: «Su hijo es anormal, lléve-lo al médico» y la envía al centro de salud mental. Allí un psiquiatra le dice que su hijo presenta un trastorno de «lateralidad», hay que curarlo. Por casualidad en ese momento me contactan. Digo a la madre que el niño está perfectamente sano y tiene el derecho de escribir con la mano que prefiera. Entonces ella habla con la maestra y finalmente defiende los derechos del niño.

D. M. —¿Era un niño rico o pobre?

G. A. —Ese es el punto: el niño era de una familia que no cuenta y los profesores tenían una actitud de discriminación social. Te pongo otro ejemplo: una mujer casada con un obrero, tiene dos niños, es ama de casa, no se lleva bien con el marido, empieza a sufrir de insomnio, sentirse agobiada, tener miedo. Se encuentra mal, adelgaza, está nerviosa. El médico le aconseja ir al centro de salud mental. Ella se niega a tomar los psicofármacos que le proponen; entonces la envían al hospital donde está obligada a tomar los psicofármacos a la fuerza. El tratamiento sanitario es una violencia que no sirve para nada.

D. M. —¿En La Scaletta se sigue usando el *electroshock*?

G. A. —Ya no. Desde que Cotti llegó como director el *electroshock* ha sido eliminado, así como otras formas de tortura evidentes.

D. M. —¿Y los psicofármacos y la cama de contención?

G. A.—Los psicofármacos todavía se usan profusamente. Respecto a la cama de contención, si el ingresado no molesta se lo deja solo pero si molesta, lo atan. En mis pabellones (son tres) eliminé hace tiempo tanto los psicofármacos como la contención. Aquí, si dos se pelean, los dejamos pelear. En mis diez

años de trabajo nunca he autorizado una hospitalización forzosa, para mí la hospitalización forzosa es una deportación.

D. M. —Y la nueva ley, ¿cómo ha cambiado las cosas aquí?.

G. A. —Ante la ley, ahora se producen tres situaciones diferentes: la primera afecta a las personas que ya están en las instituciones psiquiátricas, los hospitalizados de larga estancia; hacia ellos la ley permite el uso de los métodos represivos antiguos (en casi todas partes todavía se usan *electroshock*, corsés, detención y psicofármacos); la segunda afecta a las personas protagonistas de conflictos en el territorio, para las cuales la ley admite el uso de psicofármacos para volverlas inofensivas (como las chicas a las que atiborran de tranquilizantes para que no salgan por la noche o para que no se droguen, o no practiquen sexo); la tercera afecta a las personas a las que no se consigue controlar con los psicofármacos, para las cuales la ley prevé el envío al hospital donde serán sometidas al tratamiento sanitario obligatorio. En todos los casos la línea del método psiquiátrico es la de mantener a las personas sumisas bajo control.

D. M. —En tu opinión, ¿cuál es la alternativa?

G. A. —La alternativa consiste en la identificación de los derechos individuales de las personas en la situación social e histórica en la que viven y en la obtención del consenso y la participación activa de la comunidad a través de las juntas de barrio, los comités de empresa, las escuelas.

D. M. —En conclusión, ¿estás de acuerdo con Pirella cuando dice que «hace falta adoptar iniciativas precisas para la formación profesional de los ingresados, es preciso garantizar su derecho a tener una casa»?

G. A. —Claro que estoy de acuerdo. Pero me parece que el discurso de Pirella no queda del todo claro. Me parece entender que él en cualquier caso quiere mantener un cierto tipo de asistencia psiquiátrica, mientras que yo quiero abolirla completamente.

ENTREVISTA A GIORGIO ANTONUCCI[60]

Comienzos en la psiquiatría

Mi historia no empezó en relación con la psiquiatría. He llegado hasta aquí por mi experiencia directa. Ya cuando iba a la universidad, además de estudiar medicina, iba al Instituto de Antropología de la Universidad de Florencia. Empecé a interesarme por la comparación entre las diferentes culturas. Ciertas cosas que en una cultura tienen un significado, en otra cultura tienen un sentido completamente distinto.

En 1958, la parlamentaria [Lina] Merlin en Italia enfocó el discurso de una ley para abolir las casas de tolerancia del Estado. Las chicas que estaban en ellas, además de ser explotadas por el Estado, tenían un documento de identidad diferente. Estaban, de

60 El texto es una síntesis de la videoentrevista realizada por Massimo Paolini en casa de Giorgio Antonucci en Florencia el 23 de mayo de 2015, y ha sido publicado en el varios medios. El audio completo se puede encontrar en https://soundcloud.com/perspectivasanomalas (última visita: 29 de octubre de 2018).

alguna manera, marcadas. Había una casa de hospitalidad católica [que ayudaba a exprostitutas] que necesitaba a alguien que les echara una mano.

No soy religioso, no soy creyente, pero siempre he tenido relaciones con los demás, sin prejuicios. Una vez que estaba allí —todavía no me había licenciado— hubo una pelea entre una chica exprostituta y una persona de la casa. Vi llegar a la ambulancia y se llevó a la chica exprostituta al manicomio. Yo intenté oponerme, pero no pude porque no tenía ninguna autoridad. Este hecho me dejó muy afectado.

Descubrí que, en general, se acaba en el manicomio o en una clínica psiquiátrica por decisión de alguien con más poder: puede ser el padre que tiene más poder que la hija, el marido que tiene más poder que su mujer, el jefe que tiene más poder que el empleado, etc. Si una persona con menos poder expresa una manera diferente de pensar se convierte en una tragedia. Por ejemplo, si el Papa dice que existen los ángeles y los diablos, tiene el poder para decirlo sin que nadie lo ponga en tela de juicio.

Entre todas las historias que conozco, recuerdo la de una chica, una campesina, que decía —ya que estaba muy agobiada por unos problemas concretos— que por la noche la atormentaba el diablo: la llevaron al manicomio. Tenía el mismo discurso que el Papa, solo que desde una condición de no poder. Si una persona que no cuenta dice algo metafísico, corre el riesgo de ser internada.

Psiquiatría vs. medicina

He estudiado medicina, sé qué es la medicina. También he trabajado como médico. Si una persona tiene dolores, me llama para saber de dónde vienen.

Se hacen las pruebas médicas para descubrir cuál es la causa. estos son datos objetivos, la medicina está hecha de eso. Al contrario, si uno me llama para decirme que ha visto al Espíritu Santo, eso no tiene nada que ver con la medicina, nada en absoluto [ríe]. Es otro discurso, aquí se habla de una experiencia existencial de alguien que ve ciertas cosas, piensa ciertas cosas, siente ciertas cosas. En pocas palabras, Freud, cuando fundó el psicoanálisis, dijo: «He dejado de ser médico y he empezado a ser biógrafo».

Psiquiatría y comunicación

Los psiquiatras nunca hablan con las personas a las que atienden, no hay comunicación. Lo que he visto es que no se conocen los pensamientos de las personas que están en una clínica psiquiátrica, no les hablan porque piensan que ni siquiera vale la pena. Han sido señaladas, arbitrariamente. Entran allí dentro y nadie les habla, o si les hablan lo hacen con prejuicios. Hablar es lo que estamos haciendo tú y yo en este momento. Yo digo algunas cosas, tú dices otras, y se confronta mi pensamiento con el tuyo. Eso es hablar.

Cuando fui a Gorizia introduje este hecho. Pasaba mi tiempo intentando entender: había un hombre, inmóvil, sentado en la sala en la que estaban los pacientes en Gorizia, que no hablaba con nadie. Me senté, luego nos sonreímos. Luego, ya que a veces los demás jugaban con la pelota, le tiré la pelota. Él la tiró al suelo y luego empezamos a hablar y fuimos juntos a dar vueltas por la provincia de Gorizia.

El discurso es que la psiquiatría se ocupa de personas consideradas defectuosas. El hecho de comunicarse con ellos es considerado una extravagancia. Cuando hablaba con los internados, mis colegas me

miraban con ironía. Hay un espléndido cuento de Chéjov, *La sala número seis*. Es la historia de un médico que, en un cierto momento, empieza a hablar con los internados y se da cuenta de que era incluso más interesante hablar con los ellos que con los que estaban fuera, y acaba internado. Yo esto lo he vivido. Afortunadamente no he acabado internado.

Experiencia en Imola

Llegué a Imola en 1973; había 15 médicos, todos de la parte del manicomio. Cuando llegué, yo hacía lo que quería. Decía que para mí los demás no son sabios ni locos. La sabiduría y la locura filosóficamente no tienen ningún significado. Kafka lo dice: «¿Qué es la no locura?». Pascal dice lo mismo. Existe, lamentablemente, un conformismo social, unas reglas rígidas en la sociedad. Por lo tanto, a ciertas personas que no se ajustan a las reglas se las intenta eliminar. Siempre son personas que tienen menos poder que las que deciden, como decía antes.

Volviendo a Imola, llego y encuentro a 15 médicos. Les dije que me dieran la sección —según ellos— más difícil, que era la sección 14: mujeres agitadas. Para ser breve: en un mes las liberé a todas. Estaban casi todas con camisa de fuerza, algunas estaban atadas a los árboles.

Es fácil decir «fuera la camisa de fuerza», pero cuando liberas a una persona que lleva años con camisa de fuerza, se asusta, siente las piernas débiles por no haber caminado, tiene que volver a acostumbrarse a todo. Sin embargo conseguí que salieran al patio y luego, poco a poco, llegamos a ir incluso al Parlamento Europeo, a Viena, a ver a Juan Pablo II (...) Para mí es lo mismo hablar contigo que con alguien interno en una clínica psiquiátrica.

Pasado, presente

Los *electroshocks* todavía se practican en muchos sitios. Por ejemplo, en la Universidad de Pisa dicen que el *electroshock* hace bien. Aunque usen otros medios, el problema es que no consideran que las personas tienen un cerebro como el nuestro. Los comas insulínicos son aún peor que los *electroshocks*. Poner en coma a una persona para curarla es una cosa de campo de concentración. ¿Qué problemas se han solucionado con la lobotomía o el *electroshock*? Has lesionado a la persona. Es como si tuviera dolor de cabeza y me cortaran la cabeza. Claro que no me va a doler más, pero no es la manera.

Ahora supongamos que no hay *electroshock* o lobotomía, pero los atiborran de psicofármacos. Hay jóvenes de dieciocho años que, después de tomar neurolépticos, tienen un temblor como si sufrieran la enfermedad de Parkinson. ¿Qué tiene que ver eso con la medicina? Eso tiene que ver con los campos de concentración. Los campos de concentración fueron construidos teniendo a los manicomios como modelo. No es solo idea mía, Thomas Szasz lo dice.

El manicomio de Imola se parece a Dachau, son iguales. Cogen a las personas, las meten allí y las controlan. Si el control no es suficiente, las matan. Las personas aparentan no entender qué pasa en las clínicas psiquiátricas. Cada uno piensa, con su falta de sentido crítico: «A mí eso no me puede pasar, esas son otras personas, yo soy distinto». Durante el período de los campos de concentración, no hubo muchas personas que se dieran cuenta de lo que estaba pasando en Auschwitz, Dachau..., porque las personas conformistas no quieren ver los horrores de la estructura social, hacen como si no existieran.

Locura y peligrosidad

A mí me han pegado dos veces los enfermeros, y una vez un ciudadano. Pero podría haber pasado también que me hubiera pegado un interno porque, si me ponen una camisa de fuerza durante diez años, luego no hay que sorprenderse si, cuando sale, pega a alguien.

Psiquiatría e historia

«Hitler estaba loco», lo dicen los que vienen después de Hitler, no los que estaban debajo de Hitler. Hitler tenía de su parte a personas como Heisenberg, Furtwängler, Richard Strauss. ¿Qué significa que estuviera loco? No significa nada. Lo dicen porque, si tuvieran que hacer un examen crítico de la historia, tendrían que decir que tenemos responsabilidades. Decir que estaba loco es una manera de evitar hacer un análisis crítico.

¿Entonces Truman, cuando ordenó lanzar la bomba atómica, cómo estaba? Como él ganó la guerra, nadie dijo nada. ¡Arrojó dos bombas atómicas! La psiquiatría sirve siempre para liberarse de los problemas en vez de enfrentarlos.

Niños e «hiperactividad».

Tengo experiencia directa en EEUU. Fui cuando Szasz me dio su premio en 2005. Tuve reuniones con algunos padres. Unos padres me contaron que tenían un hijo de doce años que iba al colegio y un día les enviaron un aviso para decirles que su hijo era demasiado inquieto, despistado, ese tipo de cosas, y querían ponerlo en manos de un psicólogo. Ellos dijeron que no, «nuestro hijo está bien tal como está».

El niño tiene que ser niño, hay que preocuparse si no es vivaz, no si se mueve mucho, porque el mo-

verse —lo digo como médico— es importante para el crecimiento. Entonces la escuela amenazó con expulsar al hijo. Ellos, ya que no tenían suficientes recursos económicos como para cambiar de escuela, cedieron: lo mataron. Le dieron Ritalin y murió intoxicado. Perdieron a un hijo de doce años. No hace falta poner otros ejemplos.

Relación médico-paciente

Cuando un médico no consigue entender el porqué de unos dolores, en vez de profundizar y entender de dónde vienen estos dolores, piensa en seguida en el psicólogo. Dice «quizás usted tiene carencias. No se lleva bien con su marido. Está preocupada por sus hijos, etc». Pasan al plano psicológico un problema físico, con el riesgo de no darle la importancia que merece. Cuando estaba en el segundo año de universidad, aquí en Florencia, un día estaba con un grupo de estudiantes y el profesor se acercó a la cama en la que había una chica. Pidió a la chica que se desnudara porque tenían que explorarla. La chica dijo que no quería desnudarse para que todos la exploraran. Entonces el profesor trató de obligarla. Yo, desde la última fila, me abrí paso entre todos los estudiantes, fui hasta el profesor y le dije: «Usted está aquí al servicio de esta persona y no tiene derecho a obligarla a desnudarse delante de todos si no quiere, es una prepotencia inaceptable».

Se armó un tremendo jaleo: los estudiantes se asustaron, el profesor se enfadó conmigo, yo me enfadé con él. Mientras tanto, a la chica la dejaron en paz. Esto lo cuento para explicar que yo tenía asumido que la persona no puede ser manipulada o explotada. Tiene que ser respetada, aún más cuando depende de nosotros.

La medicina es autoritaria

Siempre lo he afirmado. Recuerdo que Edelweiss Cotti a veces me decía: «No solo los manicomios, sino también los hospitales tendrían que ser abolidos». Porque en los hospitales hay una estructura jerárquica con la diferencia que, de allí, uno por lo menos sale. Aunque sufra humillaciones, puede ser que termine bien. En cambio, la psiquiatría es como un pulpo: cuando a uno le cogen ya no se sale, o rara vez lo hace, y con dificultad.

BIBLIOGRAFÍA

AA. VV., «Medicina preventiva e sociale nelle città e nelle campagne vietnamite», a cura del Collettivo di Medicina dell'Università di Verona, Verona, Bertani, 1974.

Balduzzi, Edoardo, *Le terapie di shock*, Milán, Feltrinelli, 1962.

Bleuler, Eugen, *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Espasa Libros, 1967 [1916].

Boatman, M. J.; Szurek, S. A., «Estudio clínico de la esquizofrenia infantil», en *Etiología de la esquizofrenia*, edición de Don D. Jackson, Madrid, Amorrortu, 1974.

Book, Jan A., «Aspectos genéticos de las psicosis esquizofrénicas», en *Etiología de la esquizofrenia*, *op. cit.*

Brod, Max, *Franz Kafka*, Madrid, Alianza Editorial, 1982.

Bukovskij, V.; Gluzman, S., *Guida psichiatrica per dissidenti*, Milán, L'erba voglio, 1979.

Chéjov, Antón, *I capolavori*, Milán, Mursia, 1966.

–, *La isla de Sachalín*, Barcelona, Alba Editorial, 2005 [1893-1895].

Cortellazzo, Manlio; Zolli, Paolo, *Dizionario etimologico della lingua italiana*, Bolonia, Zanichelli, 1983.

De Freminville, Bernard, *La ragione del più forte*, Milán, Feltrinelli, 1979.
Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre, *Brujas, parteras y enfermeras*, Ciudad de México, El Rebozo Editorial, 2015.
Fanon, Frantz, *Los condenados de la tierra*, Tafalla, Txalaparta, 1999.
Favati, Giuseppe (ed.), *Dossier Imola e legge 180*, Milán, Idea Books, 1979.
Foucault, Michel, *Historia de la locura en la Época Clásica*, Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica, 2016.
Freud, Sigmund, *Tres ensayos sobre teoría sexual y otros escritos*, Madrid, Alianza Editorial, 2006 [1905].
Illich, Ivan, *Némesis médica: la expropiación de la salud*, Barcelona, Barral Editores, 1975.
Jackson, Don D. (ed.), *Etiología de la esquizofrenia*, Madrid, Amorrortu, 1974 [1960].
Lombroso, Cesare, *L'uomo delinquente*, Roma, Napoleone Editore, 1971 [1876].
–, *La donna delinquente*, Milán, Fratelli Bocca, 1915 [1893].
Malcolm X, *Autobiografía*, Madrid, Capitán Swing, 2015.
Maudron, Robert, *Magistrati e streghe nella Francia del Seicento*, Bari, Laterza, 1973.
Mehring, Franz, *Storia della socialdemocrazia tedesca*, Roma, Editori Riuniti, 1961.
Mitscherlich, Alexander; Mielke, Fred (eds.), *Medicina disumana*, Milán, Feltrinelli, 1967.
Pappworth, M. H., *Cavie umane. La sperimentazione sull'uomo*, Milán, Feltrinelli, 1971.
Poliakov, Lon, *Il mito ariano. Storia di una antropologia negativa*, Milán, Rizzoli, 1976.
–, *Storia dell'antisemitismo*, Florencia, La Nuova Italia, 1975.

Reich, Wilhelm, *La revolución sexual: Para una estructura de carácter autónoma del hombre*, Barcelona, Planeta, 1993 [1936].

Restak, Richard, *Il cervello*, Milán, Mondadori, 1986.

Szasz, Thomas, *El mito de la enfermedad mental. Bases para una teoría de la conducta personal*, Madrid, Amorrortu, 1994 [1961].

–, *El mito de la psicoterapia*, Ciudad de México, Ediciones Coyoacan, 1996 [1978].

–, *Sex by prescription*, Nueva York, Penguin, 1981.

Tobino, Mario, *Le libere donne di Magliano*, Florencia, Vallecchi, 1953.

Toller, Ernst, *Teatro*, Turín, Einaudi, 1971.

Van Gogh, Vincent, *Lettere a Theo*, con un saggio introduttivo di K. Jaspers, Milán, Guanda, 1954.

Williams, Eric, *Capitalismo y esclavitud*, Madrid, Traficantes de Sueños, 2011.

Wundt, Wilhelm, *Elementos de psicología de los pueblos*, Barcelona, Alta Fulla, 1990 [1929].